

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Année 1965 - N° 190

TRAITEMENT DU PROLAPSUS COMPLET DU RECTUM

Travail de la CLINIQUE CHIRURGICALE C
(Professeur Pierre BERTRAND)

THESE

présentée

A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 17 décembre 1965
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

SAUVAGE Yves

Interne des Hôpitaux

Né le 22 Juillet 1937, à Saint-Etienne (Loire)



Jean POLGE
Imprimeur
6 bis, Rue Janin
LYON
1965

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Année 1965

TRAITEMENT DU PROLAPSUS COMPLET DU RECTUM

Travail de la CLINIQUE CHIRURGICALE C
(Professeur Pierre BERTRAND)

THESE

présentée

A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 17 décembre 1965
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

SAUVAGE Yves

Interne des Hôpitaux

Né le 22 Juillet 1937, à Saint-Etienne (Loire)



Jean POLGE
Imprimeur
6 bis, Rue Janin
LYON
—
1965

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires :

MM. J. LEPINE, membre de l'Institut
H. HERMANN, correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.-F. CIER

Assesseurs : M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET,
HERMANN, ROCHET, POLLOSSON.

PROFESSEURS

MM. CIBERT PONTHUS (déta- ché à Beyrouth) DECHAUME CHAMBON P.-RAVAULT FROMENT CROIZAT ENSELME MALLET-GUY REVOL PIGEAUD BOURRET LEVRAT SOHIER NETIEN BERTRAND BADINAND DREVON ROCHE COUDERT MOUNIER-KUHN PAUFIQUE THIERS BRUN CREYSSEL DARGENT GUICHARD GIRARD Paul LATARJET PEYCELON GIRARD Marcel VACHON GALY PAPILLON JEUNE GONIN MONNET BANSSILLON CHATONNET GUINET TRILLAT FREIDEL MARION Joseph DORCHE DUMONT L. PERROT CIER J.-F. PERRIN J. MICHAUD Pierre MATHIEU FAUCON BERTOYE X... X... X... X...	Clinique Urologique Physique biologique Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale Chimie organique et toxicologie Clinique médicale B Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires Clinique médicale C Chimie biologique et médicale Clinique chirurgicale A Pharmacie galénique Clinique obstétricale Médecine du travail Clinique médicale A Hygiène et action sanitaire et sociale Botanique et cryptogamie Clinique chirurgicale C Chimie analytique pharmaceutique Pharmacie chimique et Pharmacologie Médecine légale et déontologie Parasitologie et pathologie exotique Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie Clinique ophtalmologique Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie Clinique de pneumo-phthisiologie Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique Clinique carcinologique Anatomie pathologique Pathologie générale et expérimentale Anatomie Pathologie chirurgicale Clinique médicale D Pathologie médicale Physio-pathologie des voies respiratoires Radiologie Clinique médicale infantile et Hygiène du 1er âge. Thérapeutique Bactériologie Physiologie et Pathologie obstétricales Physiologie B Clinique endocrinologique Clinique de chirurgie orthopédique Clinique stomatologique Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles Matière médicale et législation pharmaceutique Histologie et embryologie Chimie Physiologie A Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire Clinique de chirurgie cardiaque Clinique gynécologique Biologie médicale et pharmacodynamie Clinique des maladies infectieuses Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale Chimie biologique et médicale Clinique médicale infantile Clinique chirurgicale B
--	--

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. REVOL L. GOINARD CIER A.	Médecine générale Thérapeut. chirurgicale Pharmacie chimique et Pharmacologie
MANSUY COLLET LACROIX LIARAS LECUIRE	Neuro-chirurgie Chimie pharmaceutique Hygiène et Climatologie Clin. chirurg. propéd. Neuro-chirurgie	PONT. M. TRAEGER	Médecine générale Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN FEROLDI MORET ODDOUX de SOLLIERS	Parasitologie Anatomie pathologique Physique biologique Botanique et cryptogamie Chimie analytique	MM. DESPIERRES GARIN TOLOT THIVOLET	Médecine générale Parasitologie Médecine du travail Hygiène
---	--	---	--

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSEL R. THIVOLET PINET GUYOTAT DESCOTES JOUVET PEYRIN TOMMASI BUFFARD LEJEUNE	Chimie biologique Hygiène Electro-radiologie Neuro-Psychiatrie Chirurgie générale Pathologie expérimentale Physique biologique Anatomie pathologique Electro-radiologie Médecine générale et thérapeutique Stomatologie Maladies infectieuses Chirurgie générale Pédiatrie Médecine générale Anesthésiologie Electroradiologie diag- nostic et thérapeutique Anesthésiologie	MM. FRANÇOIS MICHOUILLER COLOMB LAMBERT FRIES GILLY ROBERT BOUCHET BETHENOD GERMAIN KALB LARBRE SOUSTELLE VIALA VINCENT COLIN BERTRAND	Pédiatrie et puériculture Chirurgie générale Dermatologie Médecine générale Médecine générale Pédiatrie Médecine générale Anatomie Pédiatrie Immunologie, sérologie, hématologie Pneumo-phthisiologie Pédiatrie Chirurgie générale Médecine générale Bactériologie, parasi- tologie, virologie Médecine légale Chimie biologique
de MOURGUES NAUSSAC REBOUILLAT ROMAGNY DELAHAYE DELEUZE R. GIRAUD M. MICHEL			

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY GIROD GRAS MALEIN RIFFAT	Hématologie Histologie et embryologie Chimie biologique Chimie analytique Hygiène	MM. FLANDROIS VIALIER- RAYNARD ROLLET	Physiologie Bactériologie Pharmacie galénique
---	---	---	---

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BONAMOUR de MOURGUES DEVIC DUMONT M. DURAND FRANCILLON SAUBIER SCHOTT ALLEGRE CHASSARD FAYSSÉ GAILLARD MARION P.	Ophthalmologie Chirurgie générale Médecine générale Obstétrique Urologie Chirurgie générale Chirurgie générale Neuro-Psychiatrie Neuro-chirurgie Electro-Radiologie Orthopédie Oto-rhino-laryngologie Chirurgie générale	MM. GARDE HUGONNIER MARET MORNEX MOUNIER-KUHN NORMAND PERRIN A. DUMAS GARMIER NOEL G. SCHNEPP NOTTER	Médecine générale Ophtalmologie Chirurgie générale Médecine générale Alain, Chirurgie générale Médecine générale Médecine générale Stomatologie Obstétrique Médecine générale Orthopédie Gynécologie obstétricale
---	--	--	--

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

P. BERTRAND, Président, J. PERRIN, G. GUILLEMIN, J. SOUSTELLE

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552623_0044

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

Le semestre que nous avons eu l'honneur de vivre dans son Service restera le plus cher souvenir de notre Internat. Son extraordinaire maîtrise de l'art qu'il nous a enseigné est à l'origine de notre respectueuse admiration. Mais aussi son autorité toute paternelle, réservant toujours l'accueil le plus bienveillant mêlé à notre admiration un profond attachement.

Ce travail qu'il a bien voulu nous confier et qui est le fruit de son immense expérience voudrait être aussi le reflet de notre plus vif désir, celui d'être digne d'avoir pu être son élève.

A NOS MAITRES ET JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PERRIN

Nous trouvons auprès de ce Maître les ultimes satisfactions de notre internat. Chaque jour il façonne avec patience notre expérience urologique. Il est pour nous un modèle de bonté, complément remarquable de son discernement dans l'indication opératoire, de sa minutie dans le geste.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail, un peu éloigné de ses préoccupations habituelles, et l'assurons de notre respectueux dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. GUILLEMIN

Au cours d'un semestre qui nous a paru trop court, nous avons été séduit par son dynamisme et son enthousiasme mais aussi par l'atmosphère familiale qu'il crée dans son Service. Sa prodigieuse habileté, mise au service d'une intelligence constamment en éveil, fut pour nous un enseignement de tous les instants.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail pour lequel il a bien voulu nous faire bénéficier de sa grande expérience. Nous lui exprimons notre sincère et respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. SOUSTELLE

Il a guidé nos premiers pas en chirurgie et il nous a toujours, depuis ce temps, honoré de son amitié et de ses conseils. Nous avons été conquis par sa personnalité particulièrement attachante, qui sait allier aux qualités et aux exigences d'un Patron, une cordialité constante et sans détours. La clarté et la vigueur de son enseignement nous ont beaucoup enrichis.

Nous le remercions d'être notre juge et l'assurons de notre grande joie de pouvoir travailler bientôt à ses côtés.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PEYCELON

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DARGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. PIGEAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CREYSSSEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. DE MOURGUES

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GIRARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. PLAUCHU

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DARGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. DESJACQUES

MONSIEUR LE DOCTEUR Ch. GODINOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. SOUSTELLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. POLLOSSON

MONSIEUR LE DOCTEUR Y. ROCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CREYSSSEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. DE MOURGUES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. SCHNEPP

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

MONSIEUR LE DOCTEUR M. POUYET

MONSIEUR LE LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. GUILLEMIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PERRIN

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

Laboratoire d'Anatomie :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LATARJET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P.-E. DUROUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BOUCHET

Laboratoire de Chirurgie Opératoire :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Ph. ROCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. LABRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. FRANCILLON

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PERRIN

A NOS CONFERENCIERS DE CHIRURGICAT

MONSIEUR LE DOCTEUR H. VIARD

MONSIEUR LE DOCTEUR P. REBOUILLAT

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS J. JUVANON, H. MANSOURI,

R. COSSON, D. HOLLARD

TRAITEMENT DU PROLAPSUS COMPLET DU RECTUM

DEFINITION

On désigne sous le nom de Prolapsus rectal complet l'extériorisation de l'ensemble des tuniques du rectum à travers l'anus. Il se distingue ainsi du prolapsus partiel qui intéresse la seule muqueuse rectale et que nous éliminerons de notre étude.

HISTORIQUE

Tant de méthodes thérapeutiques jalonnent l'histoire du prolapsus rectal complet qu'il semble vain de vouloir la résumer en quelques pages. HIPPOCRATE, dit-on, recommandait pour obtenir la réduction d'un prolapsus rectal de suspendre le patient par les talons et de le secouer. Il s'agissait probablement de prolapsus étranglé... Plus tard, en 1634, Ambroise PARÉ s'interrogeait sur les causes du prolapsus rectal, et le rattachait à un relâchement des muscles du fondement, relâchement que pouvait créer la station assise prolongée sur une pierre froide...

C'est en fait à la fin du XIX^{me} siècle que sont proposées les véritables méthodes thérapeutiques du prolapsus rectal. En effet après une tentative de HEY en 1805 de résection du segment intestinal extériorisé, c'est MIKULICZ qui, en 1883, donne une description technique détaillée de la résection par voie périnéale du rectum prolabé. En 1889 apparaissent en France des méthodes nouvelles : JEANNEL et VERNEUIL font les premières colopexies. La même année au Congrès de chirurgie SCHWARTZ propose la rectopérinéorrhaphie antérieure. En 1891 THIERSCH imagine de s'opposer au prolapsus en réalisant un cerclage de l'anus au fil d'argent. Enfin en 1902 VON EISELSBERG, à Vienne, réalise deux colectomies segmentaires en un temps avec colopexie. En 1903 LENORMANT fait le point de la question dans une thèse restée classique, et conclut en faveur de la colopexie associée à une réfection du plancher des releveurs par voie périnéale.

Au cours des décennies suivantes les différentes méthodes thérapeutiques évoquées vont se préciser. En 1904 DUVAL et PROUST décrivent la technique de périnéorrhaphie prérectale, en 1910 QUENU et DUVAL celle de la colopexie par voie abdominale associée à l'oblitération du cul-de-sac de Douglas. En 1912 MOSCHOWITZ fait jouer un rôle essentiel à la profondeur anormale du Douglas dans la pathogénie du prolapsus rectal. Il propose comme traitement, la résection du Douglas

associée à la fermeture du hiatus des releveurs. En 1921, LOCKARDT-MUMMERY décrit une technique de rectosacropexie par voie basse. Enfin en 1930 HARTMANN et BERGERET, puis en 1933 MILES proposent de traiter le prolapsus rectal par une amputation rectosigmoïdienne trans-sphinctérienne.

La multiplicité des techniques proposées prouve qu'aucune d'entre elles n'apporte la solution définitive au traitement du prolapsus rectal complet. Actuellement cependant, à la lumière de statistiques importantes, notamment celles du St MARK'S Hospital et de la MAYO CLINIC le traitement du prolapsus rectal semble avoir pris une orientation nouvelle. L'intervention proposée, comprend par voie abdominale un temps essentiel : la libération complète du rectum sous péritonéal jusqu'au plancher des releveurs. A cette libération est associée une rectopexie dont les modalités varient selon les auteurs. Les promoteurs peu suivis de cette méthode furent ASCH en 1910 puis SUDEK en 1924, mais c'est surtout PEMBERTON qui, en 1939, insista sur l'importance d'une libération complète du rectum sous péritonéal. En Europe en 1956 LAHAUT décrivait un procédé original de rectopexie associée. En 1957 LOYGUE et CERBONNET rapportaient les résultats d'une série relativement importante où la libération rectale était complétée par une rectopexie suivant le procédé décrit par ORR en 1947. Les auteurs avaient de plus le mérite d'insister sur le problème de l'incontinence sphinctérienne associée dans une large mesure au prolapsus.

A propos d'une série de 16 prolapsus complets du rectum traités dans le service de notre Maître le Professeur BERTRAND il nous a paru intéressant de savoir si une réponse définitive pouvait être donnée à la question posée par HEPP aux Entretiens de Bichat en 1956 : « Le prolapsus rectal est-il toujours l'opprobre de la chirurgie ? »

ANATOMIE

Notre propos n'est pas de reprendre l'anatomie détaillée du rectum mais d'essayer de préciser quels sont les éléments essentiels qui confèrent au rectum normal sa fixité.

1 - *Ses limites* sont parfaitement définies : dernière portion du tube digestif, sa limite inférieure est la ligne anocutanée. Sa limite supérieure correspond à la face antérieure de la troisième vertèbre sacrée. Cette limite est fixée essentiellement par le point où le gros intestin cesse de posséder un méso. Ainsi par définition il n'existe pas de « mesorectum ».

2 - *La direction du rectum* est de ce fait parfaitement immuable. Dans un plan sagittal le rectum décrit une courbe à concavité antérieure du fait de son étroit accollement au sacrum puis à la partie postérieure de la sangle des releveurs. Un peu en avant du sommet du coccyx, le rectum qui va devenir périnéal et prendre le nom de canal anal, s'infléchit brusquement en bas et en arrière à angle droit pour aboutir à l'anus.

3 - C'est à travers *une gaine fibreuse* que le rectum pelvien contracte ses rapports. Celle-ci est formée :

— en avant par l'aponévrose prostatopérinéale chez l'homme, par une couche celluleuse contenue dans la cloison recto-vaginale chez la femme.

— latéralement par les lames sacro-recto-pubiennes de Delbet desquelles se détachent les ailerons du rectum.

— en arrière par un mince feuillet rétrorectal unissant ces lames sagittales.

4 - *La fixité* remarquable du rectum, malgré les forces auxquelles il est soumis au cours de la défécation, est son caractère essentiel. Plusieurs éléments contribuent à assurer cette fixité.

— *en arrière* le rectum est accolé à la concavité sacrée. L'espace

rétrorectal de Quenu et Hartmann est comblé par un tissu cellulaire lâche au niveau duquel le décollement du rectum jusqu'à la racine du mésosigmoïde est des plus aisé. Malgré la médiocre qualité de ce tissu rétrorectal, l'accollement postérieur du rectum joue certainement un rôle important dans la fixité de l'organe. Cet accollement se fait sur une large surface ce qui en augmente la solidité. Il est en effet bien classique de reconnaître qu'au cours d'une amputation périnéale du rectum, la manœuvre qui permet pratiquement à elle seule la descente de l'organe est bien la libération du rectum en arrière.

— *En avant* le rectum, d'abord recouvert de péritoine, répond au cul-de-sac de Douglas, puis au-dessous de lui aux organes génitaux. Cet accollement est intime mais ne semble pouvoir jouer qu'un rôle secondaire dans la fixité du rectum, notamment chez la femme.

— *Latéralement* les ailerons chirurgicaux du rectum ne peuvent être considérés comme de véritables ligaments du rectum. L'artère hémorroïdale moyenne et ses branches de division entraînent avec elles à ce niveau une couche de tissu conjonctivo-vasculaire, émanation de la gaine hypogastrique. D'individualisation parfois difficile, la solidité de ces ailerons chirurgicaux est nulle. Il en est de même des lames sacro-recto-génito-pubiennes de Delbet.

— *En haut* le rectum fait suite au côlon sigmoïde. Il se trouve amarré au promontoire sacré par le pédicule hémorroïdal supérieur cheminant dans la racine primitive du mésocôlon sigmoïde. Cette amarre péritonéale du rectum peut être considérée comme un moyen de suspension de l'organe mais sa solidité paraît limitée.

— *Enfin en bas* le rectum repose sur les fibres postérieures des releveurs et le raphé anococcygien avant de traverser le périnée. Les éléments du périnée postérieur jouent certainement un rôle de soutien du canal anal et de la partie inférieure du rectum. En fait au cours d'une amputation périnéale du rectum l'exérèse large de ce plan périnéal n'entraîne que dans une faible mesure la descente du rectum.

5 - *En conclusion* il paraît difficile d'attribuer à l'un des éléments décrits le rôle essentiel dans la fixité du rectum. L'accollement postérieur de l'organe à la concavité sacrée est peut-être de première importance. Quoi qu'il en soit le procédé thérapeutique adéquat du prolapsus rectal devrait être celui qui reconstitue au mieux l'anatomie normale et notamment la direction du rectum pelvien : courbure à concavité antérieure dans un plan sagittal, rectitude dans le plan frontal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du prolapsus rectal a un intérêt capital pour essayer d'en comprendre la pathogénie mais son étude est particulièrement délicate. En effet la plupart des anomalies que l'on peut observer lors de la cure d'un prolapsus rectal peuvent aussi bien être interprétées comme la conséquence que comme la cause du prolapsus. Quoi qu'il en soit plusieurs anomalies peuvent être notées :

- allongement du rectum sous péritonéal.
- absence d'accollement postérieur.
- anomalies péritonéales.
- altération du plancher périnéal.

1° - ALLONGEMENT DU RECTUM SOUS PERITONEAL

Sur ce fait ont insisté particulièrement LAHAUT et LOYGUE. Cet allongement apparaît après libération par voie abdominale du rectum sous péritonéal. Ce geste permet d'attirer très haut le rectum sous péritonéal et de se rendre compte que celui-ci était véritablement tassé sous le péritoine pelvien. Remarquons que la simple traction sur le rectum péritonisé est incapable de supprimer à elle seule cet allongement. En effet les connexions péritonéales empêchent alors l'ascension maximum du rectum.

2° - ABSENCE D'ACCOLLEMENT POSTERIEUR

Cette anomalie a été étudiée particulièrement par MUIR, RIPSTEIN, DEVADHAR sur des radiographies de profil du rectum après imprégnation barytée. Chez le sujet normal on voit nettement le rectum décrire une courbe à concavité antérieure, intimement appliqué contre le sacrum. Sur des clichés pris en position genu pectorale le rectum reste fixé en arrière. Au contraire chez le malade présentant un prolapsus

rectal, sur les radiographies de profil on voit en position debout le rectum tombé au fond du pelvis, la jonction recto-sigmoïdienne se projetant en regard de l'articulation sacrococcygienne. En position genu pectorale le rectum est décollé de la concavité sacrée.

Cette anomalie d'accollement peut être bien sûr considérée comme secondaire au prolapsus. MUIR pense plutôt qu'il s'agit là d'une cause prédisposante. Pour cet auteur il existerait une anomalie congénitale telle, que le rectum pelvien serait entièrement recouvert de péritoine et posséderait un mésorectum. La mobilité anormale du rectum ainsi créée s'aggraverait avec le prolapsus. Dans un cas de prolapsus rectal complet rapporté en 1958 par R. PEYCELON, cet auteur note que « sur toute la hauteur de la cavité pelvienne le rectum se présentait avec la même disposition que le sigmoïde, c'est-à-dire libre et relié à la ligne médiane du sacrum par un méso long et flottant, incapable de l'amarrer de façon solide ».

En fait une telle anomalie péritonéale ne semble pas être régulièrement observée dans le prolapsus rectal. Peut-être l'absence d'accollement rectal postérieur peut-il être dû aussi à une sénescence des tissus rétrorectaux.

Quoi qu'il en soit, l'allongement du rectum sous péritonéal et la disparition des connexions sacrorectales normales nous semblent être les lésions essentielles du prolapsus rectal.

3° - ANOMALIES PERITONEALES

On a décrit parfois un mésosigmoïde anormalement long, mais surtout on a insisté sur la profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas. MOSCHOWITZ en fait la lésion essentielle et la cause du prolapsus. Cette anomalie semble en effet fréquente dans le prolapsus rectal, le cul-de-sac péritonéal pouvant accompagner le rectum prolabé et formant un véritable sac herniaire contenant parfois des anses grêles (hédrocèle). En fait cette lésion peut être secondaire au prolapsus et on peut affirmer sa relative fréquence même chez les sujets indemnes de tout prolapsus.

4° - ALTERATION DU PLANCHER PERINEAL

Le *sphincter strié* est presque toujours atone, parfois atrophie mais nous verrons en étudiant le problème de l'incontinence sphincté-

rienne au cours du prolapsus que ces altérations sphinctériennes sont dans l'immense majorité des cas secondaires au prolapsus.

Les altérations portant sur *les releveurs et les muscles du périnée*, constituant ce qu'il est convenu d'appeler « les moyens de soutien » du rectum, ont été souvent accusées d'être à l'origine du prolapsus rectal. On a invoqué leur déficience, leur affaiblissement ou leur déchirure notamment de cause obstétricale. En réalité nous avons vu que leur rôle semble secondaire dans la fixité du rectum. De plus si leur atteinte représentait le « primum movens » du prolapsus rectal celui-ci devrait être accompagné régulièrement chez la femme d'un prolapsus génital dans la pathogénie duquel l'élargissement du hiatus des releveurs joue un rôle essentiel. Or sur 389 femmes traitées au St Mark's Hospital pour prolapsus rectal, 80,7 % présentant un prolapsus complet, 63 seulement présentaient un prolapsus génital associé.

PATHOGENIE

Plusieurs hypothèses pathogéniques ont vu le jour à la faible lumière de ces constatations anatomiques.

1 - *LE PROLAPSUS RECTAL EST UNE HERNIE PAR GLISSEMENT*

Cette hypothèse, soutenue par MOSCHOWITZ à partir de 1912, est basée sur l'existence d'un cul-de-sac de Douglas anormalement profond chez les malades porteurs d'un prolapsus rectal. Cette anomalie, acquise ou congénitale, permettrait à la poussée abdominale d'exercer une pression importante sur la paroi antérieure du rectum qui s'invaginerait dans la lumière rectale puis s'extérioriserait à travers le canal anal. Il s'agirait en somme d'une hernie du rectum, hernie d'un type spécial où le contenu, c'est-à-dire le rectum, cheminerait en avant du sac herniaire, c'est-à-dire le Douglas.

Selon cette hypothèse la cure du prolapsus devrait donc comprendre comme dans toute hernie : une résection du sac herniaire représenté par le Douglas et un rétrécissement de l'orifice herniaire constitué par le hiatus des releveurs.

Les mauvais résultats d'une telle intervention permettent de mettre en doute la valeur de cette hypothèse pathogénique. Nous avons vu que l'existence d'une hédrocèle ne peut être considérée comme surprenante dès que le prolapsus rectal devient important.

2 - *LE PROLAPSUS RECTAL EST DU A LA FAIBLESSE DES MOYENS DE SOUTIEN DU RECTUM*

Les releveurs et les muscles du périnée jouent certainement un rôle de soutien du canal anal et de la partie inférieure du rectum.

Il ne semble pas qu'ils puissent véritablement soutenir l'ensemble du rectum. Les échecs des interventions visant seulement à renforcer les moyens de soutien viennent confirmer cette impression.

3 *LE PROLAPSUS RECTAL EST DU A L'AFFAIBLISSEMENT DES MOYENS DE SUSPENSION DU RECTUM*

Il ne faut pas entendre par moyens de suspension du rectum, ses diverses connexions péritonéales dont le renforcement par le moyen de colopexies abdominales aboutit à un échec dans le traitement du prolapsus rectal. Le véritable moyen de suspension du rectum semble être plutôt son accollement au sacrum. Si le rectum se trouve libéré de ses attaches sacrées postérieures, il devient mobile dans la cavité pelvienne et pourra s'invaginer à travers le point fixe représenté par le sphincter et le canal anal. On peut ainsi comparer le prolapsus du rectum à une véritable invagination d'un segment intestinal mobile dans un segment intestinal fixe situé immédiatement en aval et représenté ici par le sphincter, parfois par le canal anal. Le moteur de cette invagination sera le péristaltisme intestinal qui revêt au niveau du rectum une puissance particulière. Cette invagination étant amorcée elle sera ensuite facilitée par un allongement progressif du rectum sous péritonéal.

PEMBERTON compare ainsi le prolapsus rectal au prolapsus que l'on peut observer au niveau d'un anus iliaque gauche latéral établi sur une anse longue et mobile. Pour compléter cette comparaison notons que l'on n'observe jamais de prolapsus total sur un anus iliaque terminal si l'on a pris soin d'accoller l'anse sigmoïde à la paroi pour fermer la brèche péritonéale.

Selon cette hypothèse l'absence d'accollement recto-sacré serait donc à l'origine du prolapsus. Nous avons vu que cette anomalie pouvait être expliquée par une malformation congénitale créant un mésorectum (MUIR), un affaiblissement du tissu rétro-rectal du fait d'un amaigrissement important ou de la sénescence.

4 - Plus récemment DEVADHAR a décrit, pour expliquer le prolapsus rectal, ce qu'il appelle l'*INTUSSUSCEPTION RECTALE*. Sur des radiographies prises après imprégnation barytée du rectum et au cours de l'extériorisation du prolapsus, cet auteur a pu voir se constituer une véritable invagination recto-rectale débutant toujours entre 7 et 8 cm de l'anus. Au moyen d'un ballonnet gonflable intro-

duit dans le rectum, il note par ailleurs qu'à ce niveau le rectum montre la plus grande sensibilité et la plus grande pression motrice. DEVADHAR pense donc qu'il existe là un « point crucial », que l'on peut d'ailleurs situer au cours de l'intervention : au-dessous de lui les parois rectales sont épaissies alors qu'au-dessus elles ont une consistance normale. Il déduit de ces constatations opératoires une méthode thérapeutique dont nous verrons les résultats.

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE PROLAPSUS RECTAL ET INCONTINENCE SPHINCTERIEENNE

L'étude du mécanisme physiologique de la défécation et de la continence présente un double intérêt. Intérêt pathogénique d'abord puisque le prolapsus rectal intéresse un organe présentant des défauts statiques mais ne se réalise que dans la mesure où il existe des efforts de défécation. Intérêt thérapeutique aussi étant donnée la fréquence de l'incontinence associée au prolapsus.

1 - *Etude de la continence anale.*

Fonction physiologique complexe progressivement acquise, c'est par définition la résistance à la sensation de besoin. Elle implique l'intégrité du système nerveux supérieur mais c'est un véritable réflexe conditionné à partir de sensations rectales. Ceci implique que le niveau conscient n'est pas nécessairement atteint. Quoi qu'il en soit ce réflexe dépend de l'intégrité de la fonction réservoir du côlon et du jeu du sphincter anal :

— La fonction réservoir du côlon est absolument indispensable à la continence anale. Elle dépend de la capacité et de la distensibilité colique ainsi que de la faculté d'adaptation du tonus colique.

— Le jeu du sphincter anal qui s'oppose directement à la défécation est essentiel. E. ARON écrit : « le contrôle sphinctérien s'établit à partir des sensations rectales de besoin, issues des récepteurs sensoriels situés dans la muqueuse et surtout des récepteurs de tension situés dans la musculature du rectum. La réponse continente est fournie par le sphincter interne qui obéit à la loi générale de l'intestin et surtout par les contractions toniques et phasiques du sphincter externe qui amortissent les efforts propulsifs ».

Cette étude physiologique a donc une conséquence capitale en

matière de chirurgie rectale, notion connue de longue date : la nécessité de conserver les récepteurs sensoriels muqueux et musculaires du rectum pour être certain de ne pas porter atteinte à la continence anale. C'est donc au moins 6 cm de muqueuse ano-rectale qu'il faut respecter pour être certain de conserver l'intégrité de la continence anale. Certes des suppléances peuvent intervenir pour rétablir le jeu sphinctérien normal. Cependant il est essentiel de retenir que l'exérèse des parois rectales comporte un risque sérieux d'incontinence. Ce risque est d'autant plus élevé qu'un autre facteur intervient dans le prolapsus rectal.

— En effet le jeu de la continence anale devient plus fragile chez le sujet âgé. Or, comme nous le verrons le prolapsus rectal survient précisément à un âge où les facultés d'adaptation et de récupération sphinctériennes sont diminuées.

2 - *Prolapsus rectal et incontinence.*

— L'incontinence à des degrés divers accompagne très souvent le processus rectal. Sur 279 prolapsus complets traités au St Mark's Hospital, l'incontinence existait dans 76 % des cas.

— LENORMANT avait déjà insisté sur cette notion. Il distinguait les prolapsus avec incontinence, dus à l'affaiblissement des « moyens de soutien » du rectum et les prolapsus sans incontinence dus à une carence des « moyens de suspension ». JEANNEL défendait par contre l'opinion que l'incontinence était plutôt la conséquence que la cause du prolapsus. C'est cette dernière hypothèse qui paraît devoir être retenue.

Dans le prolapsus rectal l'incontinence est due à une atteinte sphinctérienne. En effet les autres facteurs de la continence anale, que nous avons évoqués, sont intacts. Quant à ces lésions sphinctériennes elles sont rarement anatomiques et définitives. LOYGUE en rapporte 3 cas sur 15 prolapsus ; une distension sphinctérienne conséquence de la sodomie, une destruction sphinctérienne complète par radionécrose, une atrophie totale du sphincter d'étiologie non élucidée.

En fait le plus souvent l'atonie sphinctérienne est secondaire à la distension permanente du sphincter par le prolapsus et guérit après la cure de celui-ci. Nous verrons en étudiant les résultats fonctionnels de la cure du prolapsus rectal, que dans l'immense majorité des cas tout geste complémentaire sur le sphincter est inutile, l'incontinence disparaissant après guérison anatomique du prolapsus.

3 - *En conclusion*, il faut surtout insister sur le fait que plus de 70 % des malades présentant un prolapsus rectal complet sont incontinents à des degrés divers. La cure du prolapsus rectal guérit le plus souvent cette incontinence à condition de ne pas porter atteinte au mécanisme physiologique de la continence. Ainsi toute intervention qui enlève la zone sensible du rectum a toute chance d'aggraver la tendance à l'incontinence, quelles que soient par ailleurs ses chances de guérir le prolapsus, d'autant plus qu'il s'agit en général de malades âgés.

ETIOLOGIE

Plusieurs faits peuvent être notés. Leur interprétation n'en est pas moins sujette à discussion.

1 - SEXE

Toutes les statistiques sont unanimes à reconnaître une nette prédominance féminine.

Auteurs	Femmes	Hommes
St MARK'S HOSPITAL ..	314	75
PEMBERTON	34	22
MORGAN	39	7
LOYGUE	9	5
HUGHES	80	4
LEFEBVRE et CRISMER...	6	0
BERTRAND	12	4
FRIEDMAN	38	5
BEAHRs	75	26

Soit en moyenne un peu plus de 4 femmes pour 1 homme. Il est certain qu'une telle différence fait penser que le traumatisme obstétrical pourrait jouer un rôle dans la pathogénie du prolapsus rectal.

2 - AGE

On trouve une répartition très différente suivant le sexe. La statistique la plus importante, celle du St Mark's Hospital, indique :

Chez la femme une fréquence maximum entre 60 et 70 ans.

Chez l'homme entre 30 et 50 ans. Pour expliquer cette différence on peut invoquer le rôle d'une anomalie congénitale d'accollement rectal chez le sujet jeune.

3 - FACTEURS ETIOLOGIQUES

— *Rôle de l'effort* : rarement le prolapsus apparaît brutalement au cours d'un effort violent. Le plus souvent il s'agit d'efforts répétés, efforts réalisés du fait de mictions difficiles mais surtout dus à la constipation. La fréquence des troubles de transit intestinal associés au prolapsus est difficile à chiffrer mais semble importante.

— *L'association du prolapsus.*

- à une maladie générale (sous-alimentation, carence...) est parfois notée.

- les atteintes locales (rectite) susceptibles d'entraîner une altération des tuniques rectales et du tissu conjonctif périrectal peuvent être aussi secondaires au prolapsus.

- Quant aux lésions sphinctériennes nous avons vu qu'elles sont le plus souvent la conséquence du prolapsus. Rarement on rencontrera une altération sphinctérienne initiale qu'il s'agisse de déchirure obstétricale, d'agression locale (sodomie, chirurgie...) ou d'un trouble sphinctérien d'origine centrale (sclérose en plaques, tabès, lésions de la queue de cheval...).

— *L'association du prolapsus rectal à une maladie mentale*, mérite une mention spéciale. Elle est classiquement fréquente. ALTEMAIER précise l'existence d'un « terrain psychiatrique » dans 17 cas sur 53 soit 32 %. Au contraire la large statistique du St Mark's Hospital ne fait état que d'un petit nombre de malades mentaux. L'association du prolapsus rectal à une maladie mentale caractérisée est certes troublante et aucune explication ne paraît satisfaisante.

Mais l'infirmité que représente le prolapsus rectal associé à une incontinence peut certainement retentir sur le comportement psychique d'un malade qui a parfois, sans succès, subi plusieurs interventions chirurgicales.

ETUDE CLINIQUE

1 - *Le diagnostic de prolapsus rectal complet* pose évidemment peu de problème. Il suffit de faire pousser le malade pour que le prolapsus s'extériorise sous forme d'un boudin volumineux incurvé en arrière et présentant à son sommet un orifice ovale. On a proposé pour évoquer la forme du prolapsus les images les plus variées depuis le banal tronc de cône à base anale jusqu'à la « corne de bœuf » et même la « ruche d'abeilles » ! Quoi qu'il en soit le diagnostic est évident.

2 - *Le type du prolapsus* peut être précisé en examinant sa base :

— Le prolapsus ani et recti intéresse le canal anal et le rectum. La tuméfaction se continue directement à sa base par la peau du périnée.

— Le prolapsus recti intéresse seulement le rectum, le canal anal restant en place et constituant un troisième cylindre.

3 - *L'existence d'une hédrocèle* peut être reconnue au palper de la tuméfaction : l'hédrocèle augmente de volume et présente une nette impulsion à la toux. De plus en exerçant une pression on peut réduire les anses grêles qu'elle contient et percevoir un gargouillement caractéristique.

4 - *Le toucher rectal* après réduction du prolapsus permettra d'apprécier la puissance du sphincter et de vérifier l'intégrité des parois rectales. Chez la femme on recherchera l'existence d'un éventuel prolapsus génital associé.

5 - *Les complications* du prolapsus rectal abandonné à lui-même sont classiques mais semblent rares :

— L'étranglement du prolapsus par le sphincter est le plus fréquent. Il est surtout le fait des prolapsus du sujet jeune apparus brusquement. Il nécessite évidemment une réduction d'urgence sous peine de sphacèle.

— La rupture du rectum et l'étranglement de l'hédrocèle sont des complications exceptionnelles.

TRAITEMENT

Notre intention n'est pas de reprendre ici la technique détaillée de toutes les interventions imaginées pour traiter le prolapsus du rectum. Leur nombre est tellement élevé que cette étude serait nécessairement incomplète. Nous voudrions seulement revoir les plus classiques d'entre elles et essayer d'en apprécier la valeur à la lumière des statistiques les plus importantes.

Classiquement on distingue :

- Les interventions visant à renforcer les moyens de soutien du rectum.
- Les interventions visant à renforcer les moyens de suspension.
- Les interventions d'exérèse.
- Les interventions dites « diverses » qui associent le plus souvent deux procédés à visée pathogénique.

Il nous a paru plus judicieux d'envisager :

- Les interventions réalisées par voie périnéale.
- Les interventions réalisées par voie abdominale.
- Enfin celles qui associent les voies abdominales et périnéales.

Il est évident par ailleurs que le traitement véritable du prolapsus rectal ne saurait être que chirurgical. Le *traitement médical* visant à rétablir un transit normal est indispensable mais n'est qu'un traitement adjuvant. Les injections sclérosantes au niveau du sphincter et du canal anal sont à condamner. *L'électrothérapie* qui associe ionisation iodurée, faradisation ou galvanisation rythmée du sphincter anal ne saurait guérir le prolapsus. BENSAUDE reconnaît qu'il ne s'agit là que d'un traitement palliatif qui permet seulement d'éviter l'issue du prolapsus en dehors des défécations.

INTERVENTIONS PAR VOIE PERINEALE

On peut en distinguer plusieurs types :

- Les interventions sur l'anus et la muqueuse du canal anal.
- Les myorraphies.
- Les interventions d'exérèse dont le type est l'opération de Mikulicz.
- Les rectopexies par voie périnéale représentées par l'opération de Lockardt-Mummery.

I - INTERVENTIONS SUR L'ANUS ET LA MUQUEUSE DU CANAL ANAL

— Leur but est de réaliser une sclérose qui serait capable de s'opposer à l'extériorisation du prolapsus.

— Ainsi on a proposé :

- Le cerclage de l'anus avec un fil d'argent (THIERCH).
- La résection d'un manchon de muqueuse anale avec plicature longitudinale de la musculature (DELORME).
- L'excision de quatre bandes muqueuses longitudinales (HARTMANN).
- L'excision d'une bandelette de peau circulaire autour de la ligne ano-cutanée pour mettre à nu le bord inférieur et la moitié inférieure de la face externe du sphincter (SARAFOFF).

Le danger de ces méthodes n'est plus à signaler : elles sont capables de créer à elles seules une incontinence et un rétrécissement irréversible du canal anal. De plus elles guérissent rarement le prolapsus : sur 82 cerclages réalisés au St Mark's Hospital on a observé 67 % de récidence. Ces méthodes sont donc à condamner.

II - MYORRAPHIES

— Leur but est de renforcer les « moyens de soutien » du rectum en refermant le hiatus des releveurs. Ainsi on a pu réaliser :

- Une myorrhaphie prérectale des releveurs associée à une plicature de la face antérieure du rectum (DUVAL et PROUST).

- Une myorrhaphie rétrorectale des releveurs avec plicature antérieure et postérieure des sphincters lisses et striés (CUNEO et SENEQUE).

— Ces interventions doivent être abandonnées car elles sont souvent irréalisables faute d'étoffe valable et sont suivies d'un pourcentage important de récidives. Sur 19 malades ayant subi une myorrhaphie au St Mark's Hospital, PORTER dénombre 15 récidives soit 79 %. Le chiffre est suffisamment éloquent pour condamner à lui seul ce type d'intervention et pour condamner du même coup le rôle essentiel attribué aux releveurs dans la statique du rectum.

III - INTERVENTIONS D'EXERESE PAR VOIE PERINEALE

— Abandonnant toute idée pathogénique, ces méthodes se définissent d'elles-mêmes : elle consistent à réséquer le prolapsus rectal et à rétablir la continuité par une anastomose anorectale ou anosigmoïdienne.

— La technique d'une telle intervention a été décrite pour la première fois par MIKULICZ en 1883. Le prolapsus étant fortement attiré vers le bas, on incise l'intestin en avant, à un centimètre de l'anus, transversalement. On ouvre ainsi le cul-de-sac de Douglas. S'il contient des anses grêles, elles seront réduites avant de refermer le cul-de-sac péritonéal. On incise ensuite le cylindre intestinal interne. La section des deux cylindres étant ainsi réalisée sur leur demi-circonférence antérieure on suture leur tranche l'une à l'autre par des points séparés. On relève le boudin intestinal et on fait de même sur la demi-circonférence postérieure des deux cylindres.

— Les critiques que l'on peut adresser à cette intervention sont nombreuses :

- Elle ne cherche pas à traiter la cause du prolapsus et laisse dans la cavité pelvienne un intestin terminal rectiligne et souvent mobile c'est-à-dire apte à se prolaber à nouveau. Pour augmenter

encore la longueur de l'intestin réséqué on peut, il est vrai, utiliser une variante technique qui consiste à réaliser d'emblée une incision circulaire périnéale au niveau de la ligne cutanéomuqueuse. Puis on abaisse au maximum le rectum et le sigmoïde en liant de proche en proche et aussi loin que possible les vaisseaux sigmoïdiens. C'est l'amputation intra-sphinctérienne de Hartmann et Bergeret ou « rectosigmoïdectomy » de Miles.

- Elle enlève tous les récepteurs sensoriels qui jouent un rôle essentiel dans la continence anale et notamment tous ceux contenus dans la muqueuse du canal anal.

- Enfin elle se termine par une anastomose anorectale ou anosigmoïdienne avec les risques immédiats d'un lâchage de suture surtout si elle est réalisée sous tension et les risques lointains de sclérose et le rétrécissement.

— Les résultats de cette intervention sont en fait assez discordants. MILES dans son article original rapportait 31 observations avec 1 décès et 1 récidive. En 1948 GABRIEL notait sur 38 cas suivis plus de 2 ans : 30 excellents résultats, 5 récidives, 3 améliorations. Plus récemment encore en 1964 ALTEMAIER rapporte une statistique de 53 malades où l'exérèse est associée à une myorraphie des releveurs. Il ne mentionne que 2 récidives et 1 rétrécissement rectal. Cet auteur fait remarquer qu'il existe une incontinence post-opératoire qui disparaît en 20 à 30 jours, sauf dans 2 cas où l'incontinence a persisté une année ou plus après l'intervention.

D'autres statistiques montrent des résultats beaucoup moins favorables. PEMBERTON analysant les résultats de la Mayo Clinic de 1910 à 1951 rassemble 62 résections périnéales, et sur 47 cas suivis plus de 2 ans, rapporte 27 récidives soit 57,4 %. De même MUIR rapporte 108 résections de Miles réalisées au St Mark's Hospital : 65 récidives furent observées soit 60 %. Les résultats en ce qui concerne la continence sont également mauvais : sur 43 malades sans récidive on compte 21 incontinenances à des degrés variables. En définitive sur 108 malades 15 seulement soit 14 % ont un très bon résultat,

— En conclusion, il est peut-être abusif de condamner les interventions du type Mikulicz. Il est probable qu'un bon résultat anatomique est lié à une exérèse aussi large que possible de l'intestin pro-cidant. Mais le problème fonctionnel n'est pas pour autant résolu. D'après ce que nous avons vu de la physiologie de la continence anale il n'est en effet pas moins certain que de telles interventions compor-

tent un risque d'incontinence post-opératoire. Ce risque doit être apprécié avant l'intervention, notamment en fonction de l'état du sphincter et des facultés d'adaptation du sujet.

IV - RECTOPEXIE PAR VOIE PERINEALE

— Décrite par LOCKARDT-MUMMERY, cette intervention vise à réaliser une fixation solide du rectum à la concavité sacrée.

— Le malade étant en position dorsosacrée on pratique une incision transversale curviligne sur la peau de 7 à 8 cm entre l'anus et le coccyx. Après section du raphé ano-coccygien, on décolle l'espace rectal de chaque côté du rectum et le plus haut possible dans la concavité sacrée. Ce décollement terminé et l'hémostase bien faite, on applique un tamponnement recto-sacré par trois grosses et longues mèches de gaze. Les mèches sont changées au huitième jour et remplacées par deux nouvelles mèches, elles-mêmes enlevées au quinzième jour. On espère ainsi que, grâce au développement d'un tissu cicatriciel dense, on obtiendra une fixation rectale solide à la concavité sacrée.

— Ainsi cette intervention a l'avantage de rétablir la courbure anatomique normale du rectum qui, comme nous l'avons vu, paraît être l'élément de fixité essentiel de l'organe. En 1946 DIDIER rapportait à l'Académie de Chirurgie 7 cas suivis de 8 mois à 4 ans sans récidence. En fait ces résultats sont obtenus au prix de suites opératoires douloureuses et interminables qui ont jeté le discrédit sur cette intervention. Il faut en général compter 2 à 3 mois avant la cicatrisation définitive et DIDIER ajoutait : « Il y a parfois lieu de faire des retouches ». Si l'on se souvient que le prolapsus rectal est essentiellement une affection du vieillard on ne peut proposer une intervention qui impose de tels délais de guérison.

V - EN CONCLUSION

Aucune des interventions par voie périnéale que nous venons d'envisager n'a déchaîné un enthousiasme résistant aux années. Certaines sont inefficaces, d'autres comportent un risque certain d'incontinence quelles que soient par ailleurs leurs chances d'apporter une guérison anatomique. A leur actif on a inscrit la bénignité de telles interventions chez le sujet âgé. En fait, en ce qui concerne l'opération de Mikulicz, la seule qui puisse être proposée aux débats, son efficacité semble liée directement à la longueur du segment réséqué. Elle impo-

sera donc une anastomose colo-anale réalisée sous tension et son ino-
cuité n'est alors pas aussi certaine. En réalité il semble bien actuelle-
ment que les progrès de l'anesthésie et de la réanimation permettent,
à de rares exceptions près, d'envisager la cure du prolapsus rectal
par voie abdominale.

INTERVENTIONS PAR VOIE ABDOMINALE

Avant d'entamer l'étude descriptive des interventions visant à traiter le prolapsus rectal complet par voie haute, il nous paraît souhaitable d'éliminer d'emblée une critique portant sur la gravité vitale de telles interventions. On pourrait penser en effet que l'ouverture de la cavité péritonéale représente un risque démesuré chez des malades dont l'âge moyen est relativement élevé. En fait, nous avons pu rassembler dans la littérature 790 cas de prolapsus rectal complet traités uniquement par voie abdominale selon des procédés divers. Nous avons relevé 8 décès post-opératoires : 2 thromboses coronariennes, 3 embolies pulmonaires, 1 volvulus du grêle et 2 décès de cause non précisée soit une mortalité légèrement supérieure à 1 %. Cette mortalité n'est pas prohibitive et permet d'envisager la cure d'un prolapsus rectal par voie abdominale, les précautions pré-opératoires inhérentes à cette chirurgie étant évidemment prises.

Mortalité des interventions par voie abdominale

Interventions	Nombre de cas	Décès post-opératoires	Cause du décès
libération rectale + rectopexie type Orr Loygue	355	3	- thrombose coronaire - volvulus du grêle - embolie pulmonaire
résection colique antérieure	114	0	—
libération rectale + myorraphie abdominale des releveurs	136	2	- cause non précisée - une embolie pulmo- naire
colopexies simples	80	1	- cause non précisée
Divers	105	2	- thrombose coronaire - embolie pulmonaire
Total	790	8	

Ces interventions abdominales comportent un grand nombre de procédés mais il apparaît nettement, comme nous le verrons à la lumière des résultats, qu'on puisse les diviser en deux grandes catégories :

— les interventions qui comportent un temps de libération du rectum sous péritonéal ;

— celles qui ne libèrent pas le rectum de ses connexions péritonéales.

I - METHODES NE COMPORTANT PAS DE MOBILISATION DU RECTUM SOUS PERITONEAL

A - OBLITERATION DU CUL-DE-SAC DU DOUGLAS

— Elle est désignée couramment sous le nom d'opération de Moschowitz. Son but est de réduire la profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas, anomalie trouvée avec une grande fréquence au cours du prolapsus rectal.

— Elle peut consister soit en une simple oblitération du cul-de-sac de Douglas par des bourses superposées, soit en une véritable résection du Douglas.

— En fait, elle n'est plus utilisée actuellement que comme un geste complémentaire. A elle seule cette oblitération ne s'oppose pas le plus souvent à la récidive du prolapsus. Ainsi au St Mark's Hospital, sur 22 opérations de Moschowitz on a observé 13 récides soit 59 %. Il semble donc qu'on ne puisse la préconiser à titre isolé.

B - COLOPEXIES

— Leur but est de s'opposer au prolapsus en créant une traction sur le côlon sigmoïde.

— JEANNEL en 1889 réalisa la première colopexie en fixant l'intestin à l'arcade crurale. Par la suite une technique précise devait être proposée par QUENU et DUVAL.

— Après traction sur le sigmoïde et décollement partiel du côlon iliaque, l'intestin mobile est fixé de bas en haut à la face postérieure du dôme vaginal puis du ligament large gauche jusqu'au détroit supérieur, enfin au tendon du petit psoas. On associe à cette colopexie une oblitération du cul-de-sac du Douglas. PATEL, à Lyon, a proposé d'y associer une hystéropexie pour maintenir plus solidement l'S iliaque. Chez l'homme c'est à la face postérieure de la vessie et au péritoine latéro-vésical gauche que l'on fixe le côlon.

Plus récemment ORR a proposé de réaliser une colopexie au promontoire par l'intermédiaire de deux bandelettes de fascia lata de 1 à 2 centimètres de large sur 10 à 12 centimètres de long. Après traction sur le sigmoïde pour réduire le prolapsus on incise le péritoine présacré. Puis on suture les deux bandelettes sur chaque face latérale du rectum par une double rangée de points séparés. La bandelette gauche est passée à travers le méso sigmoïde. Enfin les deux bandelettes sont suturées au ligament prévertébral au-dessus du promontoire sacré et maintiennent la traction sur le rectum. On termine par l'oblitération du Douglas et la péritonisation des deux bandelettes.

— ORR rapporte 4 cas ainsi traités, dont 2 suivis plus de 2 ans sans récidive. La colopexie de ORR représente certainement une fixation solide. Cependant elle ne nous paraît pas à l'abri des critiques que l'on peut adresser aux colopexies en général. Celles-ci en effet ne semblent pas pouvoir mettre sous traction le rectum sous péritonéal. Elles remettent sous tension les attaches péritonéales du rectum mais laissent persister sous le péritoine pelvien un rectum anormalement long, et mobile par rapport au sacrum. Ainsi sur 45 colopexies réalisées à la Mayo Clinic et suivies plus de 2 ans, PEMBERTON rapporte 29 récidives soit 63 %.

Résultats des colopexies simples

Auteurs	Nombre opérés	Nombre suivis	Décès po.	Récidives
DENBENSTEN	18	18	0	11
ORR	4	4	0	0
MORENO	3	3	0	0
PEMBERTON	55	46	1	29
Total	80	71	1	40

— En définitive il semble bien que ces colopexies simples ne permettent pas d'exercer une traction suffisante sur le rectum sous péritonéal. Même si cela était réalisé, les adhérences obtenues en fixant le sigmoïde au pelvis finiront par se relâcher permettant au rectum et au bas sigmoïde de glisser le long de la concavité sacrée pour occuper leur position primitive.

C - OPERATION DE DEVADHAR

— Nous avons vu que pour cet auteur de Bombay le prolapsus rectal débute toujours à 7 ou 8 centimètres de l'anus par une invagination recto-rectale qui progresse de haut en bas jusqu'à s'extérioriser. Le principe de l'intervention proposée est de réaliser au niveau de ce « point crucial » une invagination fixée, la tête du boudin d'invagination étant orientée vers le haut. En d'autres termes l'auteur réalise une invagination inverse de celle qu'il suppose être à l'origine du prolapsus. C'est ce qu'il appelle « l'intussusception inversée », complétée par une plicature longitudinale du rectum.

— L'intervention est précédée par la mise en place d'un tube rectal fixé à l'anus. Après laparatomie on incise le péritoine pelvien autour du rectum puis on libère le rectum sous péritonéal en avant et latéralement. « Le point crucial » est repéré à la palpation : au-dessous les parois rectales sont épaissies, au-dessus elles sont fines et molles. Au niveau de ce point crucial, et sur la moitié antérieure seulement de la circonférence rectale, est réalisée l'invagination d'un segment rectal dans le segment sus-jacent. Cette invagination est fixée par quelques points séparés, et complétée par deux plicatures longitudinales latérales du rectum sur 3 à 5 centimètres. L'ensemble est recouvert par la péritonisation.

— Ainsi donc se trouverait réalisé un barrage à toute nouvelle invagination recto-rectale, amorce de prolapsus rectal complet. DEVADHAR a réalisé 27 fois ce type d'intervention : 1 malade est décédé au quatrième jour d'une thrombose coronarienne. Sur 24 malades suivis plus d'un an, dont 9 plus de 5 ans, il n'a observé aucune récurrence. En l'absence d'une plus large vulgarisation de ce procédé, il paraît difficile de porter à son égard un jugement définitif. Les résultats présentés par DEVADHAR sont excellents. Ce procédé est séduisant, et s'il est basé sur une hypothèse pathogénique qui fait fi des notions classiques relatives à la statique du rectum, celle-ci a du moins le mérite d'insister sur l'importance de la dynamique de l'organe dans la création du prolapsus.

— On a pu noter que le procédé de DEVADHAR comporte une libération partielle du rectum sous péritonéal. Si nous l'avons classé néanmoins dans ce chapitre c'est qu'il laisse de côté la libération postérieure du rectum qui nous paraît être le geste essentiel caractérisant les méthodes que nous allons maintenant envisager.

II - METHODES COMPORTANT UNE MOBILISATION DU RECTUM SOUS PERITONEAL

— Le but de cette libération complète du rectum sous péritonéal est double :

- elle seule permet de réaliser une traction efficace sur l'ensemble du rectum jusqu'au canal anal et de réduire ainsi la longueur anormale du rectum sous péritonéal.

- de plus elle permet l'organisation secondaire d'un tissu cicatriciel présacré qui fixera solidement le rectum à la concavité sacrée. Ce tissu cicatriciel appliquant le rectum contre le sacrum permettra à l'intestin de retrouver sa direction normale sous le péritoine pelvien et assurera en définitive une rectopexie solide. En attendant sa formation, le rectum est maintenu par une pexie dont les modalités sont variables.

— C'est surtout PEMBERTON aux Etats-Unis qui a mis l'accent sur l'importance de cette mobilisation rectale et a insisté sur le rôle joué par le tissu cicatriciel présacré dans la fixation définitive du rectum. LOYGUE, LAHAUT, MORGAN et WELLS notamment se sont faits en Europe les défenseurs de cette technique. Les opinions des différents auteurs varient essentiellement en ce qui concerne les gestes associés à cette libération rectale, la plupart reconnaissant cependant son rôle essentiel.

- les uns y associent une rectopexie dont la réalisation peut se faire de diverses façons.

- les autres complètent la libération rectale par une résection recto-sigmoïdienne.

- d'autres enfin réalisent une myorraphie des releveurs par voie abdominale.

RECTOPEXIES

Elles associent à la libération rectale une fixation de l'organe dont les modalités sont variables. Tant que n'est pas réalisée la cicatrisation recto-sacrée, c'est la rectopexie proprement dite qui évitera la récédive du prolapsus. Si son rôle n'est en définitive que secondaire, elle devra cependant être suffisamment solide pour ne pas exposer aux échecs précoces.

I - *La libération complète du rectum sous péritonéal*

est néanmoins le premier temps essentiel de l'intervention.

Après laparotomie médiane sous ombilicale ou transrectale, le péritoine est incisé au niveau du Douglas autour du rectum. Le rectum est ensuite totalement libéré. Cette libération est réalisée au contact de l'organe, dans sa gaine, pour ne pas léser les filets nerveux destinés à la vessie et à l'appareil génital. Elle doit être complète, sur toutes les faces du rectum et surtout en arrière jusqu'au plancher des releveurs. Aucun vaisseau rectal n'est habituellement sectionné : l'artère hémorroïdale supérieure est mobile avec le rectum. Latéralement les ailerons rectaux sont minces et flasques. Ils n'empêchent pas l'ascension rectale et d'ailleurs peuvent être partiellement sectionnés sans inconvénients pour la vascularisation rectale.

A la fin de ce temps le rectum est attiré vers le haut. On constate que la ligne d'incision du péritoine pelvien sur la face antérieure du rectum peut être amenée aisément hors du ventre. Ceci met en évidence l'allongement considérable du rectum sous péritonéal.

II - *La rectopexie selon le procédé de Orr-Loygue*

Elle associe à cette libération rectale une fixation de l'organe au ligament pré-vertébral au moyen de deux bandelettes de fascia lata.

● ORR avait décrit cette technique en 1947 comme une technique de colopexie simple. J. LOYGUE et G. CERBONNET ont publié en 1957 les premiers résultats d'une telle fixation après libération rectale complète.

● Sans revenir sur la technique de ce procédé que nous avons exposée au chapitre des colopexies, nous voudrions cependant préciser quelques points de détail :

- la fixation des bandelettes au ligament pré-vertébral doit être

réalisée de telle façon à obtenir une mise en tension suffisante du rectum jusqu'au canal anal, ce que permet précisément la libération rectale.

- les bandelettes doivent ménager entre elles un orifice correct pour éviter tout risque d'occlusion.

- les points fixant les bandelettes doivent éviter une prise profonde dans le disque inter-vertébral. Ils ne doivent intéresser que le ligament pré-vertébral suffisamment résistant au niveau du promontoire.

- les bandelettes de fascia lata peuvent être remplacées par des bandelettes de nylon, matériel solide, bien toléré, aseptique, et dont l'utilisation évite le prélèvement à la cuisse du matériel de pexie. Par contre, l'utilisation de bandelettes de peau ne paraît pas recommandable, en raison de leur résorption secondaire rapide et de leur plus grande septicité.

- enfin l'intervention est terminée par une péritonisation soigneuse recouvrant les bandelettes et effaçant le cul-de-sac de Douglas.

- Quelques critiques ont été formulées au sujet de cette méthode, notamment par SICARD.

- on lui a reproché de faire courir des risques à la veine iliaque primitive gauche ou même aux vaisseaux sacrés moyens. En réalité ces risques sont faibles car il n'est pas nécessaire de réaliser une large exposition de la région pré-vertébrale et le danger veineux peut être facilement écarté.

- une critique plus sérieuse pourrait être celle concernant les lésions du disque inter-vertébral. En fait ces lésions peuvent être évitées en ayant soin de fixer les bandelettes au surtout pré-vertébral et non au disque lui-même. Le risque de spondylarthrose est très difficile à apprécier. Si l'on s'en rapporte à l'étude de ce risque après cure d'un prolapsus génital par suspension au promontoire, il semble très faible. Peu d'observations comportent l'apparition de signes radiologiques d'arthrose localisée au disque L5 S1.

De même le risque de spondylo-discite doit être réduit en évitant les fixations profondes dans le disque inter-vertébral, en réalisant bien entendu au niveau du rectum des points non perforants, en utilisant un matériel de pexie rigoureusement aseptique. A ce titre encore le matériel synthétique nous paraît particulièrement intéressant.

- Les avantages de la méthode de Orr-Loygue sont au con-

traire indiscutables. Outre sa simplicité, cette rectopexie réalise d'emblée une fixation rectale solide permettant un lever précoce, avantage non négligeable étant donné l'âge des malades.

● Les résultats de ce procédé de rectopexie prouvent sa remarquable efficacité. Les 4 malades opérés selon cette technique dans le Service du Professeur P. BERTRAND sont guéris de leur prolapsus. L'une de ces malades avait subi sans succès plusieurs interventions. Ils s'ajoutent aux 82 cas publiés par LOYGUE, COLDEFY, LEFEBVRE, SARASIN avec seulement 4 récidives. Au total le pourcentage de récidives peut donc être évalué à environ 5 %, chiffre particulièrement faible si on le compare à ceux que nous avons relevés précédemment.

III - *La rectopexie selon le procédé de Lahaut*

Elle paraît également particulièrement solide.

— Ce procédé consiste après libération complète du rectum sous péritonéal, à extra-péritoniser complètement l'anse cruentée et une partie du sigmoïde sous le péritoine de la paroi abdominale. Ainsi la traction sur le rectum se trouve maintenue immédiatement par l'extrapéritonisation de l'intestin.

— Ce procédé défendu par SICARD et WELTÍ n'est certes pas exempt de critiques.

- la disposition finale du côlon paraît peu anatomique et peut exposer à de petits troubles du transit en rapport avec un météorisme intermittent du segment colique extra-péritonisé.

- TOUTET reproche au procédé de Lahaut de laisser une brèche péritonéale, difficile à fermer, et qui, si elle n'est pas obturée peut être la cause d'occlusion post-opératoire. Il propose une variante technique comportant une incision péritonéale remontant depuis le Douglas jusqu'à la gouttière pariéto-colique gauche puis un décollement du côlon iliaque. Après libération complète du rectum, celui-ci est suturé en arrière directement au disque lombo-sacré. Puis on décolle largement le péritoine pariétal à partir de la gouttière pariéto-colique et on réalise l'extra-péritonisation du haut rectum et du bas sigmoïde dans ce décollement. La péritonisation est ainsi plus facile, le péritoine pariéto-colique étant fixé au méso-sigmoïde.

— En fait les avantages de l'opération de Lahaut sont encore de réaliser d'emblée une fixation rectale solide au prix d'un décollement péritonéal le plus souvent facile et sans inconvénient majeur pour le transit intestinal ultérieur.

— Aux trois observations rapportées par Lahaut en 1956, nous ajoutons 7 observations de malades opérés depuis deux ans sans récurrence. Bien que la diffusion de cette technique paraisse moins grande que celle de Orr-Loygue, son efficacité ne paraît pas pouvoir être mise en doute.

IV - *Les autres méthodes de rectopexies*

Elles nous paraissent par contre de valeur inégale.

1 - WELLS a proposé un procédé original de rectopexie. Après libération complète du rectum sous péritonéal, une pièce d'ivalon en forme de gouttière à grand axe vertical est fixée sur la face antérieure du sacrum entre le promontoire et la troisième ou quatrième vertèbre sacrée par trois points médians. Le rectum est ensuite attiré vers le haut et appliqué dans la gouttière d'ivalon qui laisse libre le quart antérieur de la circonférence intestinale. Le rectum est enfin fixé à cette gouttière par quelques points au niveau des bords de celle-ci. L'ensemble est recouvert par la péritonisation.

D'après WELLS l'ivalon s'incorporerait aux tissus en provoquant une réaction fibreuse intense. Cette propriété semble particulièrement intéressante puisque, comme nous l'avons vu, c'est cette réaction fibreuse cicatricielle, en avant du sacrum qui assure en définitive la fixation rectale.

WELLS et MORGAN ont utilisé cette technique dans 52 cas. Sur 46 malades suivis, ils n'ont observé que deux récurrences muqueuses et une récurrence complète soit au total 6,5 %. Réalisant une fixation rectale solide, la méthode de Wells offre donc aussi un pourcentage important de guérison.

2 - Le procédé de rectopexie réalisé à la Mayo Clinic nous semble par contre insuffisant.

- Il consiste après libération rectale complète, à fixer le rectum à la vessie ou à l'utérus en avant, latéralement aux parois du pelvis, à la manière de QUENU-DUVAL.

- Cette fixation est insuffisante et la traction exercée sur l'ensemble du rectum ne peut se maintenir fermement pendant le temps de la cicatrisation recto-sacrée. Le renforcement des attaches péritonéales du rectum que réalise cette méthode, se relâche rapidement exposant aux récurrences précoces.

- PEMBERTON ne rapportait que 5 récurrences sur 44 malades suivis.

Résultats des rectopexies

Auteurs	Technique	Nombre d'opérés	Suivis	Décès po.	Récidives
LOYGUE	Orr Loygue	60	60	0	2
COLDEFY	Orr Loygue	12	12	0	0
LEFEBVRE CRISMER	Orr Loygue	6	6	0	1
SARRAZIN.....	Orr Loygue	4	4	0	1
P. BERTRAND..	Orr Loygue	4	4	0	0
G. GUILLEMIN..	Lahaut	7	7	0	0
LAHAUT	Lahaut	3	3	0	0
Total.....		96	96	0	4

MORGAN WELLS	Wells	52	46	2	3
DEN BENSTEN .	non précisée	23	23	0	1
PEMBERTON .. BEAHRs	fixation aux parois pelviennes	108	96	0	23
BAKER	fixation directe au ligament prévertébral	38	34	1	5
BADEN					
BUTLER	hystéropexie + réfection cloison recto-vaginale	38	28	0	4
Total.....		259	227	3	36

Plus récemment BEAHRs retrouve 18 récidives sur 52 rectopexies réalisées selon ce procédé. Le chiffre des récidives s'élève donc au total à 24 %. Or l'ensemble des auteurs reconnaît que l'immense majorité des récidives se situe dans les premiers mois qui suivent l'intervention. Pour cette méthode le chiffre relativement élevé des récidives nous paraît imputable à l'insuffisance de la fixation rectale.

3 - Bien d'autres procédés de rectopexie ont été proposés :

- ASCH réalisait une rectopexie au ligament de Cooper par l'intermédiaire de bandelettes de fascia lata.

- SUDECK fixait directement le rectum au disque lombo-sacré, méthode utilisée par BACKER et BADEN.

- BUTLER se contente de reconstituer la cloison recto-vaginale, puis maintient la traction sur le rectum par une hystéropexie.

- MAC GRAW suspend le rectum à la paroi abdominale en utilisant une bandelette aponévrotique pédiculée à partir de la gaine des muscles grands droits.

V - Conclusion

— L'étude des résultats globaux de la rectopexie nous montre sur 323 malades un pourcentage de récidives d'environ 12 %. Ce chiffre, qui peut paraître élevé, est encore nettement inférieur à ceux retrouvés jusqu'ici. Il montre la valeur de la libération rectale complète qui est seule capable de réduire véritablement le prolapsus rectal en permettant l'établissement d'une traction efficace sur l'ensemble du rectum jusqu'au canal anal.

— La fréquence des récidives peut être encore considérablement réduite, si la libération rectale est complétée par une fixation solide de l'organe. En effet pendant le temps que s'organise le tissu cicatriciel pré-sacré, une fixation stricte du rectum doit être assurée pour éviter les récidives précoces qui sont les plus fréquentes. A ce titre les techniques Orr-Loygue, Lahaut et Wells nous paraissent les plus sûres, les récidives ne s'observant alors que dans 5 % des cas environ.

LIBERATION RECTALE ET MYORRAPHIE DES RELEVEURS

— Proposée par GRAHAM en 1942, le but de cette intervention est de reconstituer le plancher pelvien par voie abdominale pour assu-

rer un soutien rectal solide et éviter la hernie rectale à travers le hiatus des releveurs.

— *Du point de vue technique*, le premier temps de l'intervention est évidemment une libération complète du rectum pelvien jusqu'au plancher des releveurs. Cette manœuvre permettrait alors de découvrir un large hiatus entre les muscles releveurs, à travers lequel se réalise le prolapsus rectal. Le deuxième temps de l'intervention consiste à fermer ce hiatus en suturant l'un à l'autre le bord interne des releveurs, soit en avant soit en arrière du rectum. Enfin la péritonisation efface le cul-de-sac de Douglas.

— Cette méthode comporte l'*avantage* théorique de chercher à reconstituer une anatomie parfaite grâce au décollement rectal d'une part, grâce à la myorraphie des releveurs d'autre part. Cette dernière, réalisée en arrière du rectum, reconstitue notamment l'angulation normale entre rectum et canal anal.

— En fait, *une critique majeure* nous semble pouvoir être adressée à l'opération de Graham : la difficulté d'individualiser nettement dans la profondeur du petit bassin les deux muscles releveurs pour réaliser une myorraphie solide, myorraphie qui comporte d'autre part certainement un risque de blessure urétérale. Cette difficulté nous paraît ici d'autant plus grande que les partisans de cette méthode insistent sur l'atrophie des releveurs en cas de prolapsus rectal. GOLIGHER reconnaît que la réalisation de cette myorraphie n'est pas très aisée. Pour RIPSTEIN l'affaiblissement du plancher des releveurs est tel que toute myorraphie s'avère illusoire. Il réalise donc une véritable plastie du plancher pelvien par voie abdominale au moyen d'un lambeau de fascia lata ou de teflon, suturé en avant à la base de la vessie, latéralement aux parois pelviennes. En arrière cette plastie est découpée de telle façon qu'elle entoure complètement le rectum auquel elle est suturée. Elle est également fixée au fascia présacré, ce qui l'apparente à une rectopexie.

— *Les résultats de l'opération de Graham* sont cependant excellents puisque sur un total de 134 malades suivis, publiés par SNELLMAN, PORTER, PALMER, GOLIGHER et FRIEDMAN on ne relève que 9 récidives, soit un pourcentage de 6,5 %. GOLIGHER fait remarquer que le bénéfice de l'intervention de Graham doit être attribué à la libération complète du rectum qui assurera en définitive la fixation rectale. De même RIPSTEIN fait jouer un rôle si important aux adhérences recto-sacrées qu'il favorise leur apparition en saupoudrant de talc l'espace

rétrorectal. GOLIGHER admet que, la myorraphie restant le geste le plus difficile, il serait intéressant de pouvoir s'en passer si elle n'a pas un rôle principal. Ceci nous paraît être encore un argument en faveur des rectopexies type Orr-Loygue permettant d'obtenir des résultats au moins identiques avec le bénéfice d'une plus grande simplicité.

Résultats de l'opération de Graham

Auteurs	Opérés	Suivis	Décès po.	Récidives
SNELLMANN	42	42	0	5
PORTER	5	5	0	0
PALMER	23	23	0	0
GOLIGHER	23	23	0	0
FRIEDMAN	43	41	2	4
Total	136	134	2	9

RESECTIONS RECTO-SIGMOIDIENNES

— *Le but de cette résection* est d'assurer la mise en tension du rectum sous péritonéal en réduisant la longueur excessive du côlon pelvien. Mais cette résection tend également à accroître l'importance des adhérences postérieures au promontoire sacré, qui ne manqueront pas d'apparaître au niveau de la ligne de suture. MUIR fait en effet remarquer que si l'on réintervient chez un malade ayant subi une résection colique antérieure on trouve la zone d'anastomose collée sur le promontoire sacré. Ceci tient probablement aux phénomènes inflammatoires qui se développent au voisinage d'une anastomose digestive. Quoi qu'il en soit, cette adhérence renforcera la fixation recto-sacrée créée par le décollement du rectum.

— En effet le premier temps de l'*intervention* est ici encore une libération complète du rectum sous péritonéal jusqu'au plancher des releveurs. Puis le rectum est sectionné à 7 ou 8 cm du plancher pelvien, et le sigmoïde à un niveau tel qu'une anastomose termino-terminale puisse être réalisée sans tension excessive. Enfin l'anastomose

est placée sous la péritonisation. FRYKMANN qui a traité ainsi 8 prolapsus complets du rectum, précise que l'exérèse intéressait en moyenne 35 cm d'intestin avec un maximum de 68 cm et un minimum de 23 cm. Ces chiffres prouvent l'extraordinaire allongement du rectum sous péritonéal en cas de prolapsus rectal.

— Cette méthode a l'*avantage* d'assurer une fixation recto-sacrée particulièrement solide et de supprimer, du fait de l'exérèse colique, l'étoffe intestinale nécessaire à la réalisation du prolapsus.

— Mais on lui *reproche* de faire courir au malade, pour une maladie en elle-même bénigne, les risques d'une anastomose colique. Certes ces complications sont actuellement moins à craindre du fait de la préparation intestinale pré-opératoire et du perfectionnement des sutures coliques. De plus elles sont certainement moins fréquentes qu'en cas de résection recto-sigmoïdienne pour cancer. Cependant toute anastomose colique conserve un risque de fistulisation. BUTLER, après avoir traité avec succès 12 prolapsus du rectum par résection colique, dit avoir abandonné cette intervention en raison de la morbidité inhérente à l'anastomose colique.

— Les *résultats* sont cependant satisfaisants puisque sur un total de 114 prolapsus du rectum, traités par résection colique et publiés par MUIR, GREGORY, TENDLER, BUTLER, PORTER, FRICKMANN, BEAHRS on ne relève que 3 récides soit 2,6 %. A Lyon en 1958 R.

Résultats des résections recto-sigmoïdiennes

Auteurs	Opérés	Suivis	Décès po.	Récidives
FRYKMANN	8	8	0	0
MUIR	48	48	0	0
GREGORY	14	14	0	0
BUTLER	12	12	0	1
PORTER	13	13	0	2
BEAHRS	19	19	0	0
Total	114	114	0	3

PEYCELON a rapporté une observation dans laquelle une résection recto-sigmoïdienne a permis d'obtenir la guérison d'un prolapsus rectal complet, déjà traité sans succès par colopexie et cerclage de l'anüs.

Le chiffre des récidives est donc particulièrement faible mais se trouve certainement terni par la morbidité plus grande de cette intervention, notion d'importance si l'on se souvient de l'âge moyen des malades atteints de prolapsus rectal.

CONCLUSION

La cure du prolapsus rectal complet par voie abdominale doit donc comporter un geste essentiel : la libération complète du rectum pelvien jusqu'au plancher des releveurs et notamment en arrière. A ce geste a été associée soit une myorraphie des releveurs, soit une rectopexie, soit une résection colique. Si l'on veut conserver à l'intervention simplicité, bönignité et efficacité il nous semble que la rectopexie est la seule qui réponde à ce triple impératif. Encore faut-il que cette rectopexie soit solide et à ce titre les techniques de Orr-Loygue, Lahaut et Wells-Morgan nous paraissent les plus satisfaisantes.

Résultats d'interventions diverses par voie abdominale

Auteurs		Nombre opérés	Nombre suivis	Décès po.	Récidives
PORTER	Opération de Moschowitz	22	22	0	13
PORTER	Opération de Thompson	11	11	0	0
DEVADHAR ...	Intussusception Inversée	27	24	1	0
RIPSTEIN	Plastie des releveurs	45	44	1	1

INTERVENTIONS ABDOMINO-PERINEALES

On peut en distinguer deux types :

- celles qui associent plusieurs des techniques que nous avons déjà décrites ;
- opération de Swenson.

A - INTERVENTIONS ABDOMINO-PERINEALES DIVERSES

— *Leur but* est d'agir sur l'ensemble des éléments susceptibles d'intervenir dans la statique du rectum. Comme le préconisait LENORMANT elles peuvent ainsi associer une colopexie par voie abdominale à une myorraphie périnéale des releveurs. Réalisée trois fois dans le service du Professeur P. BERTRAND, cette méthode a donné deux guérisons, la troisième malade est décédée d'un ramollissement cérébral. Mais pour juger de la valeur des interventions abdomino-périnéales, la statistique rapportée par HUGHES et GLEADELL nous paraît particulièrement instructive.

— Ces auteurs ont opéré 84 *prolapsus complets* du rectum pour lesquels ils proposent une chirurgie à deux équipes. Les malades sont répartis en trois groupes :

- le premier groupe comporte 17 malades ayant subi par voie périnéale une myorraphie pré-rectale des releveurs et par voie abdominale une résection du Douglas. On note dans ce groupe 5 récurrences.

- le deuxième groupe comporte 50 malades. Le temps périnéal est ici encore une myorraphie pré-rectale des releveurs. Le temps abdominal associe une résection du cul-de-sac péritonéal à une libération antérieure et latérale du rectum. Enfin une série de bourses superposées sont placées sous la péritonisation après traction sur le rectum. Chaque bourse intéresse les fascias pré-rectal et rétrovaginal ainsi que

les ligaments latéraux du rectum. On relève dans ce groupe 5 récidives sur 47 malades suivis.

- enfin le troisième groupe comporte en plus, au cours du temps abdominal, une libération complète du rectum sous péritonéal. Sur 17 malades HUGHES et GLEADELL ne signalent aucune récidive.

— Il semble donc que le temps périnéal qui est toujours le même ne modifie en rien les résultats lointains. C'est au temps abdominal, s'il comporte une mobilisation complète du rectum pelvien, que l'on doit attribuer l'excellence des résultats observés chez les 17 derniers malades opérés.

B - OPERATION DE SWENSON

— Avant que soient mises au point les techniques de rectopexie, notre Maître, le Professeur BERTRAND a proposé la cure du prolapsus rectal complet par une opération de Swenson. Le but de cette intervention est d'assurer au cours du temps abdominal une libération colique suffisante pour permettre ensuite par voie périnéale de réaliser une exérèse large.

— Le temps abdominal comporte donc une libération du côlon iliaque telle qu'il puisse être abaissé au périnée. Les difficultés d'abaissement ne viennent jamais de l'intestin lui-même mais toujours du mésosigmoïde et des vaisseaux. Le tronc des artères sigmoïdiennes est lié et sectionné à l'origine. La préservation des arcades bordantes assure une vascularisation suffisante. On complète ce temps par une libération complète du rectum jusqu'au plan des releveurs en restant au contact du rectum. L'intestin, extériorisé à travers l'anus par un aide, est sectionné au cours du temps périnéal. L'intervention est terminée par une anastomose colo-anale.

— Réalisée dans deux cas, les résultats sont bons sur le plan anatomique et fonctionnel. Cette intervention cependant comporte un risque fonctionnel certain, comparable à celui d'une opération de Mikulicz. Au point de vue anatomique, associant une résection et un avivement pré-sacré, elle possède deux atouts majeurs en vue d'obtenir un résultat parfait. Or nous avons vu que la libération rectale suffit le plus souvent à obtenir ce résultat. Peut-être l'opération de Swenson conserve-t-elle une place, comme nous le verrons, dans les rares cas où la résection du prolapsus s'impose.

C. — CERCLAGE DE L'ANUS

Enfin notons que certains auteurs associent systématiquement à une intervention abdominale garantissant un bon résultat anatomique, *un cerclage de l'an*^{us} en vue de traiter l'incontinence. Nous nous proposons maintenant, en étudiant les résultats fonctionnels des interventions que nous avons citées, de savoir si un tel geste se trouve justifié.

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE ASSOCIEE AU PROLAPSUS RECTAL

— Il s'agit bien là d'un problème essentiel. Le malade porteur d'un prolapsus rectal complet avec incontinence réclame une guérison fonctionnelle autant qu'anatomique. Nous avons vu que sur 279 prolapsus complets traités au St Mark's Hospital 76 % étaient incontinents à des degrés divers, l'incontinence aux gaz étant exclue.

— Certaines techniques, notamment celles qui comportent une résection rectale par voie périnéale ou abdomino-périnéale suivie d'anastomose colo-anale, sont susceptibles de créer par elles-mêmes des incontinenes. Notre propos n'est cependant pas d'insister à nouveau sur les risques fonctionnels que comportent de telles interventions réalisées chez des malades déjà incontinents, et dont les possibilités de récupération fonctionnelle sont réduites étant donné leur âge généralement avancé. Nous voudrions surtout essayer de savoir dans quelle mesure l'intervention qui nous a paru la meilleure, c'est-à-dire qui comporte une mobilisation du rectum par voie abdominale, guérit en même temps le prolapsus et l'incontinence.

Cette étude s'avère relativement difficile car on trouve peu de statistiques précises où sont étudiés les résultats fonctionnels.

Pour MORGAN, 1 malade sur 3 verrait disparaître son incontinence après guérison anatomique du prolapsus. LOYGUE précise que sur 3 incontinenes post-opératoires persistant après l'intervention, deux fois le sphincter anal était détruit (1 radionécrose, 1 atrophie complète du sphincter de cause non précisée). Cette éventualité paraît exceptionnelle et, comme le pense LOYGUE, dans l'immense majorité des cas l'incontinence n'est due qu'à une atonie du sphincter anal constamment forcé par le prolapsus. La guérison anatomique du prolapsus sera donc suivie le plus souvent d'une récupération fonctionnelle qui peut être plus ou moins rapide et complète suivant l'âge et

le psychisme du malade. Cette opinion est encore confirmée par COLDEFY qui vit régulièrement disparaître l'incontinence après cure du prolapsus rectal par voie abdominale.

A ce point de vue notre observation 3 paraît particulièrement démonstrative. Chez cette malade de 58 ans présentant un prolapsus depuis 20 années l'incontinence était totale. Elle avait subi entre les meilleures mains 4 cerclages de l'anus, 2 périnéorraphies, 2 colopexies qui avaient été régulièrement suivis d'une récurrence rapide et l'incontinence était telle qu'un anus iliaque gauche définitif avait été envisagé. Une intervention de Orr-Loygue a permis d'obtenir une guérison anatomique et fonctionnelle qui se maintient depuis 18 mois.

En conclusion après une intervention du type Orr-Loygue tout geste complémentaire sur le sphincter anal nous paraît superflu. Dans l'immense majorité des cas l'incontinence disparaîtra rapidement car le sphincter ne sera plus forcé par le prolapsus et retrouvera sa tonicité. Dans un petit nombre de cas seulement, où le sphincter présente des lésions irréversibles, une thérapeutique complémentaire s'impose (anoplastie selon le procédé de Pickrell par exemple)

INDICATIONS

Elles doivent tenir compte de plusieurs facteurs, mais surtout du désir des malades de rompre avec une infirmité, pour laquelle ils ont souvent subi sans succès de multiples interventions.

I - *LES CAS NON COMPLIQUES* sont les plus fréquents :

— Le prolapsus est permanent : ne s'extériorisant au début que lors des défécations, l'intestin reste peu à peu évaginé à travers l'anus. Toutes les précautions prises par le malade pour éviter cette extériorisation sont vaines. Le prolapsus rectal devient ainsi rapidement une infirmité obsédante perturbant toute activité.

— L'incontinence secondaire apparaît : d'abord incontinence aux gaz, puis incontinence totale. Ces troubles fonctionnels passent alors au premier plan, à tel point que l'on a parfois été tenté de les pallier par des interventions périnéales type cerclage de l'anus ou myorraphie, régulièrement suivies d'échec à plus ou moins brève échéance.

— Le retentissement psychique de l'affection est considérable. Il est aggravé encore si des interventions multiples n'ont amené qu'un soulagement temporaire.

— L'âge du malade modifie rarement l'indication thérapeutique. Les malades jeunes ne présentent en principe aucune contre-indication à un traitement chirurgical, même majeur. L'âge avancé de la plupart des malades présentant un prolapsus rectal, contre-indique-t-il une intervention dont nous avons souligné qu'il fallait la pratiquer par voie abdominale ? Le risque vital est faible, la mortalité étant légèrement supérieure à 1 %. On peut admettre que chez les malades qui ont dépassé la soixantaine, dans les conditions actuelles de la chirurgie abdominale, les contre-indications valables tenant à un état général déficient sont rares. Seules des affections sérieuses décelées lors de

l'examen pré-opératoire, tenant notamment à l'état coronarien ou à la valeur fonctionnelle pulmonaire, peuvent faire refuser l'intervention.

— En somme dans les cas habituels, l'indication de cure du prolapsus rectal complet par voie abdominale est très large. Quel type d'intervention doit-on proposer ? D'après ce que nous avons vu, une rectopexie du type Orr-Loygue ou Lahaut. Ces interventions ont en effet de multiples avantages :

- elles sont simples. Ceci est surtout vrai pour l'opération de Orr-Loygue où le remplacement des bandelettes de fascia lata par des bandelettes de nylon accroît encore cette simplicité.

- de plus ces interventions, en guérissant le prolapsus, guérissent aussi l'incontinence sphinctérienne. Dès lors elles rendent injustifié tout geste complémentaire périnéal et même un simple cerclage de l'anus.

II - LES CAS COMPLIQUES sont exceptionnels

Ils se résument pratiquement au prolapsus rectal étranglé.

- A l'occasion d'un effort (défécation, quinte de toux, dysurie) le prolapsus devient irréductible, l'ischémie du segment prolabé peut être telle qu'une résection s'impose.

- Chez les malades âgés, en mauvais état général, le problème vital est alors au premier plan et doit peut-être faire préférer une résection par voie périnéale type Mikulicz.

- Chez les malades jeunes ou capables de supporter une intervention abdomino-périnéale, une opération type Swenson offre certainement plus de chances de guérison définitive.

III - L'ASSOCIATION D'UN PROLAPSUS GENITAL au prolapsus rectal n'est pas fréquente

L'âge des malades nous semble contre-indiquer la cure simultanée des deux affections. La nécessité d'un temps périnéal risque en effet d'aggraver l'intervention. Mieux vaut donc remettre à une date ultérieure la cure du prolapsus génital et se contenter du traitement par voie abdominale du seul prolapsus rectal. Notons cependant qu'en ce domaine la réalisation d'une double suspension au promontoire peut apporter une solution satisfaisante au problème, solution adoptée notamment par COLDEFY.

RESULTATS

Ils méritent une revue générale car ils prouvent les progrès réalisés dans le traitement du prolapsus rectal complet.

— Ce sont eux qui permettent de condamner de manière définitive les interventions dites mineures tels que les cerclages de l'anüs et les myorraphies périnéales qui sont suivies régulièrement de récides : 60 à 80 % des cas en moyenne.

— Les résultats de l'opération de Mikulicz ne sont guère plus satisfaisants : les statistiques les plus importantes font état de guérison anatomiques dans moins de 50 % des cas.

— Quant aux *colopexies simples*, l'unanimité semble faite sur leur insuffisance puisqu'elles sont suivies d'environ 60 % de récides.

— La libération par voie abdominale du rectum sous péritonéal a transformé le traitement chirurgical du prolapsus rectal. L'étude des techniques qui comportent ce geste essentiel, nous a montré que les récides ne dépassaient pas 12 %. Ce chiffre est encore inférieur si à la libération rectale est associée une *rectopexie* solide type Lahaut ou Orr-Loygue : les récides s'observent alors dans moins de 5 % des cas.

— Enfin le problème de l'incontinence semble également résolu. Comme l'a bien montré LOYQUE, celle-ci ne mérite le plus souvent aucune thérapeutique complémentaire. La rectopexie assure à elle seule une guérison anatomique et fonctionnelle.

OBSERVATIONS

I - OPERATION DE ORR-LOYGUE

OBSERVATION 1

F... MAX, 64 ans.

Prolapsus rectal complet depuis deux ans.

Intervention (D^r LOMBARD) le 14-2-62. A.G.

Para médiane gauche. Sigmoïde diverticulaire. Douglas très profond. Pas de mésorectum. Libération péritonéale du rectum jusqu'à la pointe du coccyx en arrière, jusqu'aux vésicules séminales en avant. Le rectum monte facilement. A l'aide de bandelettes de fascia lata prélevées préalablement sur la cuisse droite on réalise un amarrage au disque lombo-sacré. Chaque bandelette est fixée au rectum par une dizaine de points nylon, au disque par deux points nylon. Péritonisation facile supprimant le Douglas sur un drain de Redon sous péritonéal. Fermeture en deux plans dont l'un au plastofil.

26-7-65 : Bon résultat. Sphincter tonique.

OBSERVATION 2

REY.. Benoit, 71 ans.

Traité pour obnubilation intellectuelle avec troubles du comportement. Prolapsus rectal depuis trois ans.

Intervention (D^r LOMBARD) : 18-10-63. A.G.

— prélèvement d'une bandelette de fascia lata sur la cuisse droite.

— paramédiane. Libération du rectum sous péritonéal. Fixation au disque lombo-sacré. Pas de péritonisation.

14-11-64 : Bonne continence. Pas de récurrence. Au toucher rectal sphincter tonique.

OBSERVATION 3

M^{me} A.V., Marguerite, 58 ans.

Prolapsus rectal depuis l'âge de 35 ans. Subit sans succès quatre cerclage, deux périnéorraphies, deux colopexies. Incontinence totale.

Intervention le 13-4-64 (P^r BERTRAND). A.G.

— prélèvement d'un greffon de fascia lata.

— médiane sous ombilicale itérative. Le fond utérin est collé contre la paroi abdominale antérieure et il semble qu'on ait pratiqué des ligamentopexies et hystéropexies. D'autre part le côlon sigmoïde est entièrement plaqué sur la face postérieure du vagin. Le cul-de-sac de Douglas est extrêmement profond. On libère le côlon iliaque puis on mobilise tant en avant qu'en arrière toute l'ampoule rectale comme dans une rectosigmoïdectomie. Cette ampoule est fixée par deux bandelettes de fascia lata placées sur sa face antérieure et fortement amarées au surtout prévertébral, immédiatement en dessous de la veine iliaque primitive gauche. Par commodité on a fait auparavant une hystérectomie subtotal. Péritonisation soigneuse qui laisse au-dessous d'elle simplement la partie la plus basse de l'ampoule rectale, servant ainsi de moyen supplémentaire de suspension. Un drain aspiratif dans la concavité sacrée. Fermeture plastofil.

Suites simples.

7-6-65 : Revue, va bien. Bonne continence. Pas de récive.

OBSERVATION 4

M^{me} B., 38 ans.

Prolapsus important du rectum datant de trois ans. Incontinence totale au gaz et aux matières liquides. A été opérée il y a six mois par un chirurgien d'une ville voisine qui a pratiqué une réfection de la sangle des releveurs sur la ligne ano-coccygienne. Aucun résultat n'a été obtenu par cette intervention. Vue en mars 1963 avec les mêmes symptômes.

Intervention (P^r P. BERTRAND). A.G.

1° Prélèvement d'une longue bandelette de fascia lata sur la cuisse droite.

2° Laparotomie médiane sous ombilicale. Dégagement total de l'ampoule rectale jusqu'au plancher des releveurs. Mobilisation et élévation du rectum. Suspension haute de l'ampoule par deux bandelettes de fascia lata qui sont fixées en bas sur les faces latérales de l'ampoule et en haut sur le surtout prévertébral en avant du promontoire. Péritonisation. Fermeture totale.

Résultat excellent sur le prolapsus qui ne s'est pas reproduit et sur l'incontinence.

II - OPERATION DE LAHAUT

OBSERVATION 5

M^{me} SANT..., 52 ans.

Prolapsus rectal depuis deux ans.

10-8-1956 : *Intervention* (D^r GUILLEMIN). Opération de Lahaut.

10-7-1965 : Excellent résultat.

OBSERVATION 6

M^{me} CHA... Rose, 50 ans.

Depuis dix-huit mois prolapsus rectal et cystocèle avec incontinence d'urine orthostatique.

29-3-60 : *Intervention* (D^r GUILLEMIN). A.G. Incision de Hartmann.

— cervico-cystopexie au nylon.

— ouverture du péritoine. Libération du rectum sous péritonéal. On extrapéritonise l'intestin sous la paroi abdominale gauche. Le cul-de-sac de Douglas est ainsi remonté.

7-5-63 : Excellent résultat.

OBSERVATION 7

M^{me} GAST... Jeanne, 58 ans.

Prolapsus rectal depuis deux ans. Traité sans succès par colopexie. Incontinence.

11-6-60 : *Intervention* (D^r GUILLEMIN). A.G. Incision de Hartmann gauche. Opération de Lahaut. Fermeture totale.

8-3-65 : Résultat satisfaisant.

OBSERVATION 8

M. CA..., 65 ans.

Prolapsus rectal depuis quinze ans.

7-3-61 : *Intervention* (D^r GUILLEMIN). A.G. Opération de Lahaut.

Le 19-4-63 : Excellent résultat.

OBSERVATION 9

M^{me} BETH..., 64 ans.

Prolapsus rectal complet depuis un an.

12-10-61 : *Intervention* (D^r GUILLEMIN). Opération de Lahaut.

8-3-65 : Excellent résultat.

OBSERVATION 10

Sœur R..., 45 ans.

Prolapsus rectal complet depuis 18 mois.

9-1-62 : *Intervention* (D^r GUILLEMIN).

Incision iliaque gauche. Libération du rectum sous péritonéal sur tout son pourtour. L'intestin est extrapéritonisé après qu'on ait péritonisé la cavité pelvienne. (Opération de Lahaut).

23-6-65 : Excellent résultat.

OBSERVATION 11

M^{lle} B..., 59 ans.

Prolapsus rectal complet.

24-1-62 : *Intervention* (D^r GUILLEMIN).

Incision inguinale gauche. Libération du rectum. Sous péritonisation : opération de Lahaut.

18-3-64 : Excellent résultat.

III - OPERATION DE SWENSON

OBSERVATION 12

M^{me} TH... Juliette, 53 ans.

Prolapsus rectal complet.

24-9-60 : *Intervention* (D^r POUYET). A.G.

1°) Incision britannique. Le sigmoïde est très long. Libération sous péritonéale du rectum jusqu'aux releveurs. Le rectum est tassé en accordéon sur lui-même et l'ampoule rectale est dilatée. Ligatures vasculaires conservant la première sigmoïdienne. Evagination par l'anus du rectum et du sigmoïde. Péritonisation. Paroi au fil d'acier

2°) Temps périnéal : section du rectum au ras du canal anal avec anastomose en deux plans. Une tuile dans le creux ischio-rectal gauche.

Suites simples. Retient très bien ses matières.

OBSERVATION 13

M. ART... Barthélémy, 61 ans.

Prolapsus rectal apparu brutalement au cours d'une quinte de toux il y a quinze jours. Rectum évaginé sur 3 cm.

16-10-63 : *Intervention* (Dr POUYET). A.G.

Médiane sous ombilicale. Opération de Swenson aisée réséquant 30 cm de rectum et de sigmoïde. Anastomose colo-anale en un plan. Un drain ischio-rectal.

15-6-64 : Va très bien. Continence parfaite. Pas de récidence.

IV - OPERATIONS DIVERSES

OBSERVATION 14

M^{me} MAR... Denise, 58 ans.

Prolapsus rectal avec incontinence.

Intervention (Dr GUILLEMIN).

— Pfannenstiel. Cloisonnement du Douglas.
Colopexie.

— Périnéorraphie postérieure.

— Cerclage de Panus.

Suites simples.

OBSERVATION 15

M^{me} S..., 73 ans.

10-8-56 : *Intervention* (Dr GUILLEMIN). A.G.

Incision de Hartmann. Libération du rectum sous péritonéal qu'on fixe à la face postérieure de l'intestin. Ligamentopexie.

Périnéorraphie.

26-8-56 : Décès (ramollissement frontal gauche).

OBSERVATION 16

M^{me} COMM..., 20 ans.

Prolapsus rectal depuis deux ans. Enurésie jusqu'à 17 ans.

10-4-53 : *Intervention* (Dr GUILLEMIN).

— Pfannenstiel. Fixation du rectum à l'isthme utérin.
Ligamentopexie.

— Périnéorraphie.

15-9-53 : *Intervention* (Dr GUILLEMIN).

Myorraphie par voie périnéale.

5-5-65 : Excellent résultat.

CONCLUSIONS

Le prolapsus complet du rectum ne doit plus être considéré comme l'opprobre de la chirurgie. La mobilisation du rectum pelvien par voie abdominale associée à une fixation rectale a en effet transformé les résultats du traitement chirurgical de cette affection. Les indications d'une telle intervention doivent être larges, ses risques étant très faibles dans les conditions actuelles de la chirurgie abdominale. L'incontinence associée éventuellement au prolapsus ne mérite le plus souvent aucune thérapeutique spécifique et guérira en même temps que le prolapsus.

VU, LE DOYEN,

J.-F. CIER.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

P^r BERTRAND.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Novembre 1965

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ :

P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTEMAIER W.A., CULBERTSON W.R. et ALEXANDER J.W. — Traitement en un temps périnéal du prolapsus rectal. **Arch. Surg.**, juillet 1964, 89, N° 1, 6-16.
- BADEN H. et MIKKELSEN O. — Résultats de la rectopexie dans le prolapsus complet du rectum chez l'adulte. **Acta Chir. Scand.**, 1958, 1959, 116, N° 3, 230-234.
- BAKER O.G. et BADEN H. — La rectopexie selon le procédé de Pemberton Stalker. **Dis. Colon rectum**, sept.-oct. 1964, 7, N° 5, 421.
- BEAHRS O.H., VANDERTOLL D.J., BAKER N.H. — Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet. **Ann. Surg.**, 1965, 161, N° 2, 221-224.
- BENSAUDE A., MAY J.P. et MOREL J. — Electrothérapie du prolapsus total du rectum de l'adulte. **Arch. Mal. App. Dig.**, janvier 1954, 43, N° 1, 126-130.
- BOLOT F. — Traitement du prolapsus rectal chez l'homme par le cloisonnement du Douglas. **Sem. Hôp. Paris**, 8 janvier 1961, 37, N° 2, 129.
- BRACEY D.W. — Une nouvelle technique opératoire pour le prolapsus complet du rectum. **Proc. Roy. Soc. Med.**, mai 1959, 52, N° 5, 387.
- BRAILLON G. — Les applications de la technique de Swenson-Bill-Hiat en dehors du traitement de la maladie de Hirschsprung, (Thèse Lyon, 1957).
- BUTLER E. — Traitement par voie abdominale du prolapsus rectal. **Dis. Colon rectum**, 1964, 7, N° 6, 546-547.
- COLDEFY J.M., BRUNET M. et FOURCADE O. — A propos de 12 cas de prolapsus rectal total de l'adulte traités par suspension au promontoire par bandelettes de nylon. **Mém. Acad. Chir.**, 20 mai 1963, 89, N° 18-19, 536-538.
- Colloque sur la continence anale. — **Arch. Mal. App. Dig.**, 51, N° 7-8, juillet-août 1962.
- DECHEN J. et DANIEL M. — Traitement chirurgical du prolapsus total du rectum par la rectopexie suivant le procédé de Orr-Loygue (à propos de 2 observations). **Mém. Acad. Chir.**, février 1959, 85, N° 4-5, 109-112.
- DEN BENSTEN L. et BRINTNALL E.S. — Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet. **Dis. Colon rectum**, janvier-février 1964, 7, N° 1, 39-41.
- DEVADHAR D.S.C. — Idées nouvelles sur le mécanisme et le traitement du prolapsus rectal. **J. Int. Coll. Surg.**, décembre 1964, 42, N° 6, 672-681.
- DUNPHY J.E., BOTSFORD T. et SAVLOV E. — Traitement chirurgical de la pro-cidence du rectum. Valeur de la réparation abdomino-périnéale. **Am. J. Surg.**, novembre 1953, 86, N° 5, 605-607.

- FRIEDMAN M.H. — Prolapsus rectal complet : résultat de l'opération de Roscoe Graham. **Proc. Roy. Soc. Med.**, 1962, 55, 1082.
- FRYKMANN H.S. — La proctopexie abdominale et la résection du sigmoïde pour procidence du rectum. **Am. J. Surg.**, novembre 1955, 780-789.
- GABRIEL W.B. — Traitement du prolapsus rectal complet par recto-sigmoïdectomie. **Dis. Colon rectum**, 1958, N° 1, 241-250.
- GOLIGHER J.C. — Le traitement du prolapsus complet du rectum par l'opération de Roscoe Graham. **Brit. J. Surg.**, janvier 1958, 45, N° 192, 323-333.
- GRAHAM. — Traitement chirurgical d'un prolapsus rectal massif. **Ann. Surg.**, juin 1942, 115, N° 6, 1007-1014.
- GREGORY E.J., HARTMAN A.W., HILLS W.J. et SAMMIS W.L. — Prolapsus rectal. Notre expérience personnelle dans 14 cas. **Ann. Surg.**, avril 1962, 155, N° 4, 495-500.
- HEPP J. — Le prolapsus rectal est-il toujours l'opprobre de la chirurgie ? **Entretiens de Bichat**, 1956.
- HUBERT J. — Traitement chirurgical du prolapsus complet du rectum. Thèse Bordeaux, 1946.
- HUGHES E.S.R. et GLEADELL L.W. — Prolapsus du rectum. **Proc. Roy. Soc. Med.**, décembre 1962, 55, N° 12, 1077-1080.
- HUGHES E.S.R. et GLEADELL L.W. et TURNER J. — Traitement du prolapsus rectal complet. **Brit. Med. J.**, 1957, N° 2, 179-182.
- JENKILS S.G. et THOMAS C.G. — Intervention pour prolapsus rectal. **Surg. Gyn. Obst.**, mars 1962, 114, N° 3, 381-383.
- KANTOR. — Prolapsus total du rectum. Cure chirurgicale selon la technique de Lahaut. **Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris**, février 1962, 39.
- LAHAUT M. — Cure radicale des grands prolapsus du rectum. **Mém. Acad. Chir.**, février 1956, 82, N° 6-7, 195-197.
- LAHAUT M. — Cure radicale des grands prolapsus du rectum. **J. Chir.**, juin-juillet 1956, 72, N° 6-7, 565-569.
- LAPEYRERE J. et GREZER-RUEFF F. — Les prolapsus associés de l'utérus et du rectum. **Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.**, novembre-décembre 1962, 14, N° 5, 803-805.
- LEFEBVRE F. et CRISMER R. — Le traitement du prolapsus rectal. **Acta Gast. Ent. Belg.**, mai-juin 1963, 26, N° 5-6, 382-386.
- LENORMANT C. — Le prolapsus du rectum. Causes et traitement opératoire. Thèse Paris, 1903.
- LEVY A.H. et JONHSON V.S. — Le prolapsus rectal. Expérimentation de l'opération de Orr dans deux cas. **Ann. Surg.**, février 1951, 133, N° 2, 244-246.
- LOYGUE J. et CERBONNET G. — Traitement chirurgical du prolapsus total du rectum suivant le procédé de Orr à propos de 14 observations. **Mém. Acad. Chir.**, 20 mars 1957, 83, N° 10 et 11, 325-329.
- LOYGUE J. et CERBONNET G. — Prolapsus du rectum et altération sphinctérienne. **Arch. Mal. App. Dig.**, janvier-février 1958, 47, N° 1-2, 81-85.
- LOYGUE J. et CERBONNET G. — Suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et génitaux. **Anal. Chir.**, février 1965, 19, N° 3-4, 214-218.
- MAC GRAW J.Y. — La pathologie du prolapsus des organes intra-pelviens. **Laval Med.**, septembre 1961, 32, N° 2, 223-268.

- MAC GRAW J.Y. — Description d'une nouvelle technique chirurgicale de suspension artificielle des organes intra-pelviens. Résumé d'une étude expérimentale et clinique. **Laval Med.**, janvier 1964, 35, N° 1, 66-70.
- MILES W.E. — Traitement du prolapsus rectal par recto-sigmoïdectomie. **Proc. Roy. Soc. Med.**, 1933, N° 26, 1445.
- MORENO G. — Le traitement chirurgical du prolapsus rectal. **Min. Chir.**, 15 janvier 1954, 9, N° 1, 15-22.
- MORENO A.J., VILLAMIL E.Y.F., PETRONE C. et CALVANIZ C.A. — Le traitement du prolapsus rectal par l'opération de Orr. **Anal. Surg.**, décembre 1955, 142, N° 6, 957-960.
- MORGAN C.N. — Traitement du prolapsus rectal complet. **Proc. Roy. Soc. Med.**, 1962, 55, 1084.
- MOSCHOWITZ A.V. — Pathogénie, anatomie et cure du prolapsus du rectum. **Sug. Gyn. Obst.**, 1912, 15, 7.
- MUIR E.G. — Le prolapsus du rectum. **Proc. Roy. Soc. Med.**, 1955, 48, 33.
- MUIR E.G. — Traitement du prolapsus rectal complet de l'adulte. **Proc. Roy. Soc. Med.**, 1962, 55, 1086.
- NEWELL E.T. — La herniorraphie abdomino-périnéale combinée pour prolapsus massif du rectum. **Anal. Surg.**, juin 1954, 139, N° 6, 869.
- NIGRO N.D. — Reconstitution du plancher des releveurs dans le traitement du prolapsus rectal. **Dis. Colon rectum**, 1958, 1, 123-127.
- NIGRO N.D. et WALKER G.L. — Evolution du mécanisme et du traitement du prolapsus complet du rectum. **Am. J. Med.**, 1957, 234, 213-226.
- NIGRO N.D. et WALKER G.L. — Progrès dans le traitement courant du prolapsus rectal complet. **Surg. Clin. Northe Am.**, octobre 1959, 39, N° 5, 1399-1404.
- ORR T.G. — Une opération de suspension pour traiter le prolapsus du rectum. **Anal. Surg.**, 1947, 126, 833-836.
- PALMER J.A. — Le traitement du prolapsus rectal massif. **Surg. Gyn. Obst.**, avril 1961, 112, N° 4, 502-506.
- PAVLOVSKY A.J., RIJANA J.J. et MONTENEGRO S.D. — Prolapsus et procidence ano-rectale. **Prensa Med. Argent.**, 26 janvier 1962, 49, N° 4, 203-204.
- PEMBERTON J.J. et SALKER L.K. — Traitement chirurgical du prolapsus rectal complet. **Ann. Surg.**, mai 1939, 109, N° 5, 799-808.
- PEMBERTON J.J., KIRNAN P.C. et PEMBERTON A.H. — Résultat du traitement chirurgical du prolapsus rectal complet. Considérations particulières sur l'opération de fixation suspension. **Ann. Surg.**, avril 1953, 137, N° 4, 478-481.
- PEYCELON R. et MELEY J. — Amputation intra-sphinctérienne pour prolapsus étranglé du rectum. **Lyon Chir.**, 1946, 41, N° 3, 353-355.
- PEYCELON R. et REPPLUMAZ P. — Rectosigmoïdectomie abdominale pour réciproque de prolapsus rectal. **Lyon Chir.**, 1958, 54, N° 4, 620-623.
- PORTER L. — Résultats des interventions pour prolapsus du rectum. **Proc. Roy. Soc. Med.**, 1962, 55, 1087.
- RIPSTEIN B. — Traitement du prolapsus rectal. **Am. J. Surg.**, janvier 1952, 83, N° 1, 68-71.
- RIPSTEIN B. et LANTER B. — Etiologie et traitement chirurgical du prolapsus massif du rectum. **Ann. Surg.**, février 1963, 157, N° 2, 259-264.

- SARAFOFF D. — Nouveau point de vue sur le traitement chirurgical de prolapsus rectal. **Kirurg.**, mai 1951, 22, N° 5, 211-216.
- SARRAZIN P. — La place de l'opération de Orr-Loygue dans le traitement du prolapsus du rectum. **Toulouse Méd.**, avril 1961, 62, 289-290.
- SICARD A. — A propos du traitement chirurgical du prolapsus du rectum (technique de Lahaut). **Mém. Acad. Chir.**, février 1959, 85, N° 6-7, 188.
- SNELLMAN B. — 12 cas de prolapsus du rectum traités par l'opération de Graham. **Acta Chir. Scand.**, 31 décembre 1954, 108, N° 4, 261-267.
- SNELLMAN B. — Traitement du prolapsus rectal complet par l'opération de Graham. **Dis. Colon rectum**, 1961, 4, 199.
- STABINS S.J. — Une nouvelle technique chirurgicale pour le prolapsus rectal complet chez les mentaux. **Surg.**, 1951, 29, N° 1, 105-108.
- SWINTON N.W. et PALMER T.E. — Traitement du prolapsus du rectum. **Am. J. Surg.**, février 1960, 994, N° 2, 144-151.
- TENDLER M.J. — Le prolapsus massif du rectum. L'opération de Pemberton-Stabins pour traitement de la procidence. **Arch. Surg.**, avril 1956, 72, N° 4, 667-672.
- TŒUF G. — Le traitement du prolapsus rectal complet. **Acta Chir. Belg.**, mars 1957, 56, N° 3, 283-290.
- TOUPET J. — Réflexions et suggestions de la cure des grands prolapsus du rectum suivant la technique de Lahaut. **Entretien de Bichat**, 1957.
- WELLS G. — Une nouvelle opération pour prolapsus rectal. **Proc. Roy. Soc. Med.**, août 1959, 52, N° 8, 602-603.
- WELLS C. — Traitement du prolapsus rectal complet. **Proc. Roy. Soc. Med.**, 1962, 55, 1083.
- WELTI H. — A propos du traitement chirurgical du prolapsus total du rectum. Technique de Lahaut. **Mém. Acad. Chir.**, 15 avril 1959, 85, N° 11-12, 298.
- WHITE M.E. — Une intervention pour prolapsus du rectum utilisant un anneau en acier inoxydable. **Lancet**, 22 avril 1961, 1, N° 7182, 858-859.

TABLE DES MATIERES

Définition	11
Historique	12
Anatomie	14
Anatomie pathologique	16
Pathogénie	19
Rappel physiologique - Prolapsus rectal et incontinence sphinctérienne	22
Etiologie	25
Etude clinique	27
Traitement	29
Intervention par voie périnéale	31
Intervention par voie abdominale	36
I - Méthodes ne comportant pas de mobilisation du rectum sous péritonéal	38
II - Méthodes comportant une mobilisation du rectum sous péritonéal	41

Interventions abdomino-périnéales	52
Traitement de l'incontinence associée au prolapsus rectal.....	55
Indications	57
Résultats	59
Observations	60
Conclusions	65
Bibliographie	67

